

**SAIRAANHOITAJIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ
– KYSELYTUTKIMUS SAIRAANHOITAJILLE
SAIRAALASSA**

Tuija Ylitörmänen

Pro gradu -tutkielma

Hoitotiede

Preventiivinen Hoitotiede

Itä-Suomen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Joulukuu 2011

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

Preventiivinen Hoitotiede

Ylitörmänen, Tuija, S.: Sairaanhoidajien välinen yhteistyö – kyselytutkimus sairaanhoidajille sairaalassa

Pro gradu -tutkielma, 64 sivua, 3 liitettä (7 sivua) ja 1 liitetaulukko (12 sivua)

Tutkielman ohjaajat: yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist ja professori, TtT, Hannele Turunen

Joulukuu 2011

Avainsanat: sairaanhoitaja, lääkäri, yhteistyö

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalassa työskentelevien sairaanhoidajien välistä yhteistyötä. Tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoidajien väliseen yhteistyöhön. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoidajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä siihen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksen kohderyhmä muodostui yhden yliopistollisen sairaalan sydänsairaiden ja lasten kanssa työskentelevistä sairaanhoidajista (N=252). Tutkimusaineisto kerättiin sähköisesti Dougherty ja Larsonin (2010) kehittämällä Nurse-Nurse Collaboration (NNC) mittarilla keväällä 2011. Mittarissa on 35 sairaanhoidajien yhteistyötä kuvaavaa muuttujaa sekä kymmenen taustamuuttujaa. NNC mittari muodostaa viisi yhteistyötä kuvaavaa osa-aluetta: ristiriitojen hallinta (7 muuttujaa), kommunikaatio (8 muuttujaa), jaettu prosessi (8 muuttujaa), koordinaatio (5 muuttujaa) ja ammatillisuus (7 muuttujaa). Vastausprosentti oli 44,8 % (n=113). Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja käsiteltiin SPSS for Windows 19.0 ohjelmalla. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosentteja. Summamuuttujien keskiarvojen ja taustamuuttujien yhteyttä tutkittiin T- testillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Anova). Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfa kertoimen avulla.

Tutkimustulosten mukaan sairaalassa työskentelevät sairaanhoitajat (97 %) arvioivat yhteistyön palveluyksikössään kiitettäväksi tutkimushetkellä. Suurin osa sairaanhoidajista (95 %) koki, että on helppo kommunikoida toisten sairaanhoidajien kanssa. Taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoidajien väliseen yhteistyöhön tarkasteltiin yhteistyön osa-alueiden näkökulmasta. Taustamuuttujista ammattinimikkeen ($p=0,029$) lisäksi täydennyskoulutuksella ($p=0,039$), työkokemuksella terveydenhuollossa yhteensä ($p=0,029$), työsuhteen muodolla ($p=0,043$) näyttää olevan merkitsevä yhteys sairaanhoidajien väliseen yhteistyöhön.

Yhteistyön luominen edellyttää tietoa ja ymmärrystä siitä, miten sairaanhoitajat suhtautuvat toisiinsa ja mitkä tekijät edistävät hyvää yhteistyötä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoidajien välisen yhteistyön kehittämisessä sekä uutta henkilöstöä rekrytoimalla. Lisäksi tutkimustuloksia on mahdollista käyttää arvioitaessa sairaanhoidajien välistä yhteistyötä työpaikalla sekä suunniteltaessa henkilöstön koulutuksia.

Jatkotutkimuksissa on tarpeen selvittää sairaanhoidajien yhteistyötä laajemmassa toimintaympäristössä. Mielenkiintoisaa olisi selvittää sairaanhoidajien välisen yhteistyön merkitystä työhyvinvointiin, hoitotyön laatuun ja lääkityspoikkeamiin. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä saataisiin sisällöllisesti monipuolisempaa ja laajempaa tietoa sairaanhoidajien kokemuksista yhteistyöstä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science

Nursing Science

Preventive Nursing Science

Ylitörmänen, Tuija, S.: Nurse-Nurse Collaboration- a questionnaire study to nurses in a hospital setting

Master's thesis, 64 pages, 3 appendices (7 pages) and 1 attached table (12 pages)

Advisors: University Researcher, PhD Kvist Tarja and Professor for nurses, PhD Hannele Turunen

December 2011

Keywords: interprofessional collaboration, nurse-nurse, intraprofessional, nurse-physician, collaboration

The purpose of this study is to describe the level of collaboration among nurses in a hospital setting. In addition, the study investigated the impact of the background variables on nurses' collaboration. The aim is to produce knowledge about nurses' collaboration in hospitals as well as factors influencing the collaboration.

The research group consisted of registered nurses (N=252) from a university hospital working with heart diseases patients and pediatric patients. The research material was collected electronically by the Dougherty and Larson (2010) Nurse-Nurse Collaboration (NNC) scale in spring 2011. The scale contains of 35 items describing nurses' collaboration and ten questions charted background variables. The NNC scale constructs of five sub domains of collaboration: problem solving (7 items), communication (8 items), shared process (8 items), coordination (5 items) and professionalism (7 items). The return percentage was 44,8 % (n=113). The material were analyzed and processed statistically with the SPSS for Windows 19.0 programme and described with frequencies and percentage distributions. The statistical connection between the summarized variables and the background variables were tested using the T-test and the one-way analysis of variance (Anova). The scale was evaluated using Crohnbach's alfa coefficient.

The result of this study showed that nurses (97 %) working in the hospital were reviewing their collaboration as good at the time of the survey. The majority of the nurses (95 %) felt that it is easy to communicate with the other nurses. The connection between background variables and nurses collaboration were explored from the perspective of the sub domains. In addition to the title ($p=0,029$), the continuing training ($p=0,039$), the work experience in health care ($p=0,029$) and the form of employment ($p=0,043$) had a statistical significance on nurses' collaboration.

Collaboration necessitates knowledge and understanding on how nurses perceive each other and what factors promotes good collaboration. The results of this study can be utilized in the development of collaboration among nurses and when recruiting new staff. The outcome of this research can also be applied when evaluating the level of collaboration at the workplace and when planning staff training.

Further research in various operational environments is recommended in the field of nurse-nurse collaboration. It would be interesting to find out the connection between collaboration and work satisfaction, quality of care and medical errors. Quantitative research might add contextual diversity and larger information about nurses' experience in collaboration.

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
2 SAIRAAHOITAJIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ SAIRAALASSA.....	10
2.1 Tiedonhaku	10
2.2 Yhteistyö terveydenhuollossa.....	12
2.3 Sairaanhoitajien välinen yhteistyö.....	15
2.4 Sairaanhoitajien yhteistyöhön vaikuttavat tekijät.....	16
2.4.1 Ristiriitojen hallinta.....	16
2.4.2 Kommunikaatio.....	18
2.4.3 Jaettu prosessi.....	19
2.4.4 Koordinaatio.....	20
2.4.5 Ammatillisuus.....	21
2.5 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	22
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA	
TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
4 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	25
4.1 Kohderyhmän kuvaus	25
4.2 Aineiston keruu	26
4.3 Mittari.....	26
4.4 Aineiston analysointi	27
4.4.1 Summamuuttujien muodostaminen.....	28
4.4.2 Mittarin reliabiliteetti.....	29
5 TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1 Sairaanhoitajien taustatiedot.....	30
5.2 Sairaanhoitajien arviot yhteistyöstään toisten sairaanhoitajien kanssa.....	32
5.2.1 Ristiriitojen hallintataidot.....	32
5.2.2 Kommunikaatiotaidot.....	33

5.2.3 Jaettu prosessi; sairaanhoitajien arviot päätösvallasta, autonomiasta ja yhteisistä tavoitteista.....	35
5.2.4 Koordinaatio; sairaanhoitajat arvioivat yhteistoimintaa.....	36
5.2.5 Ammatillisuus sairaanhoitajien arvioimana.....	37
5.3 Sairaanhoitajien yhteistyötä kuvaavat summamuuttujat.....	39
5.4 Taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön.....	42
6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU.....	47
6.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua.....	47
6.1.1 Sairaanhoitajien välinen yhteystyö sairaalassa.....	47
6.1.2 Sairaanhoitajien yhteistyöhön liittyvät taustamuuttujat.....	49
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	50
6.3 Tutkimuksen eettisyys.....	52
6.4 Johtopäätökset ja suositukset.....	53
6.5 Jatkotutkimushaasteet ja tutkimustulosten hyödyntäminen.....	54
LÄHTEET.....	55
LIITETAULUKOT	
LIITTEET	

KUVIOT

KUVIO 1. Sairaanhoitajien välisen yhteistyön käsitteellinen viitekehys

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tiedonhaku tietokannoista

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden lukumäärä ja vastausprosentit

TAULUKKO 3. Sairaanhoitajien taustatiedot

TAULUKKO 4. Ristiriitojen hallintaidot sairaanhoitajien arvioimana

TAULUKKO 5. Kommunikaatiotaidot sairaanhoitajien arvioimana

TAULUKKO 6. Jaettu prosessi: sairaanhoitajien arviot päätösvalasta, autonomiasta ja yhteisistä tavoitteista

TAULUKKO 7. Koordinaatio: sairaanhoitajien arviot yhteistoiminnasta

TAULUKKO 8. Ammatillisuus: sairaanhoitajien arviot keskinäisestä kunnioituksesta, yhteistyöhalukkuudesta, kliinisestä osaamisesta, ohjauksesta sekä johtajuudesta

TAULUKKO 9. NNC – mittarin summamuuttujat ja sen sisältämät yksittäiset muuttujat ja tunnusluvut (keskiarvot/ ka, keskihajonnat/ kh ja alfa arvot/ α)

TAULUKKO 10. Sairaanhoitajien taustamuuttujien yhteys yhteistyön osa-alueisiin

LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Tutkimustaulukko

LIITTEET

LIITE 1. Saatekirje sairaanhoitajille

LIITE 2. Vastaajan taustatiedot

LIITE 3. Kyselylomake

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Terveydenhuollon toimintaympäristö on muuttunut ja yhteistyön merkitys noussut yhä tärkeämmäksi. Väestön terveystarpeisiin vastaaminen edellyttää eritasoista yhteistyötä useiden toimijoiden välillä. Paljon julkista keskustelua on viime aikoina saanut sairaanhoitajien riittävyys sekä ammattikunnan saatavuus ja pysyvyys. Sosiaali- ja terveysministeriö on uudessa linjauksessaan asettanut tavoitteeksi, että elinikäinen työssäoloaika pitenee kolmella vuodella vuoteen 2020 mennessä. Tähän tavoitteeseen pyritään parantamalla ihmisten kykyä ja halua jatkaa työtään. Työn tulee edistää terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä. (STM, 2011.) Mielekäs työ ja hyvä työyhteisön henki ja ihmissuhteet vaikuttavat työssä jatkamiseen ja työurien pidentämiseen (TTK, 2011). Ajankohtaista terveyden edistämisen näkökulmasta on yksilön ja yhteisön elämän laadun vahvistaminen ja osallistumisen tukeminen sekä voimavarojen vahvistaminen (Hakulinen, Koponen & Pietilä, 2001). Terveyden edistämisen työssä korostuu nimenomaan moniammatillinen ja monitoimijainen yhteistyö yli rajojen (Pietilä ym. 2010).

Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveystalouden toiminnan tuottavuutta ja saada aikaan asiakaslähtöisempi palvelukokonaisuus lisäämällä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Lisäksi terveydenhuoltolaissa korostetaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden merkitystä. (STM, 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmassa (2009) korostetaan yhteistyön merkitystä kaikilla hallinnollisilla tasoilla. Yhteistyössä yhdistyy useiden ihmisten asiantuntijuus, osaaminen ja voimavarat parhaimman tuloksen saavuttamiseksi. Toimintaohjelman tavoitteena on luoda uusia menetelmiä henkilöstön rekrytointiin, osaamisen kehittämiseen ja sitouttamiseen. Toimintaohjelmassa todetaan, että sitoutunut työntekijä on aktiivinen, osallistuu päätöksen tekoihin ja haluaa kehittää ammattitaitoaan. Sitouttamista edesauttaa työn merkityksellisyys, työkavereiden arvostus sekä tuki.

Henkilöstövoimavaroja kehittämällä voidaan vaikuttaa henkilöstön hyvinvointiin, toiminnan laatuun ja palveluiden kehittymiseen (STM, 2009). Toimivassa työyhteisössä toimitaan yhteistyössä, vuorovaikutus ja tiedonkulku toimivat avoimesti ja ongelmaratkaisutaidot ovat rakentavia. Hyvässä työyhteisössä, jokainen työntekijä työskentelee vastuullisesti ja

tavoitteellisesti hyödyntäen omaa osaamista kannustavassa ilmapiirissä. (TTL, 2011.) Henkilöstön hyvinvoinnin ja työyhteisön toimivuuden tiedetään vaikuttavan työsuoritukseen usealla tavalla. Erityisesti hoitotyössä henkilöstön jaksaminen ja työyhteisön hyvä ilmapiiri ovat keskeisiä. Tutkimustuloksia stressin ja työyhteisön toimivuuden yhteyksistä hoidon laatuun on vielä vähän. (THL, 2007.)

Terveystieteiden tutkimuksissa tapahtuu tänä päivänä paljon henkilöstön jaksamiseen vaikuttavia muutoksia, kuten voimavarojen väheneminen, henkilöstön ikääntyminen, tiedon määrän lisääntyminen ja kasvavat tehokkuus- ja laatuvaatimukset. Henkilökunta on terveydenhuolto-organisaation merkittävin voimavara. Henkilöstön hyvinvointi ja sen kehittäminen on merkittävä toiminnan, henkilöstön jaksamisen ja työkyvyn säilymisen kannalta. Samalla myös työyhteisön kehittäminen on tärkeä sekä yksilön että organisaation näkökulmasta. Menestyvät työyhteisöt voivat hyvin. (Juuti & Vuorela, 2006; Mäkisalo, 2003.) Terveystieteiden toimintaa tuleekin kehittää ja suunnata niin, että yhden ihmisen työpanos tukee toisen panosta ja yhteistoiminta on enemmän kuin yksittäiset työsuoritukset (Miettinen, 2005).

Yhteistyö on monitahoinen käsite, jonka yksiselitteinen määrittely on haastavaa (Henneman, 1995). Collaboration on englanninkielinen termi sanalle yhteistyö, joka tarkoittaa yhdessä työskentelyä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Sullivan, 1998; Whittington, 2003). Usein käytettyjä synonyymejä kuvamaan yhteistyötä, ovat co-operation, collegiality ja teamwork, jotka ovat yhteistyön eri ulottuvuuksia (Gardner, 2005; Sullivan, 1998). Yhteistyötä on lisäksi kuvattu prosessina, jossa eri ammatissa toimivat jakavat asiantuntijuuttaan (Henneman, 1995). Yhteistyön ja eri yhteistyömuotojen kuvaukseen käytetään myös ”yhteisöllisyys” käsitettä (Paasivaara & Nikkilä, 2010).

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä on tutkittu useamman vuoden ajan, mutta tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä on rajoitetusti. Sairaanhoitajien välinen yhteistyö on kuitenkin yhdistetty muun muassa henkilöstön työhyvinvointiin, laadukkaampaan hoitotyöhön (Barrett, Piatek, Korber, Padula 2009; Dougherty & Larson, 2010; Goldschmidt & Gordin, 2006; Jackson, 2004), potilasturvallisuuteen (Dougherty & Larson, 2010), potilastyytyväisyyteen ja stressin vähenemiseen (Jones & Fitzpatrick, 2009; Kalish, Curley & Stefanov, 2009). Yhteistyön on todettu lisäksi vähentävän lääkehoidossa tapahtuvia virheitä (Dougherty & Larson, 2010).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien välistä yhteistyötä. Tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi taustamuuttajien yhteyttä sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä siihen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen Vetovoimainen ja turvallinen sairaala hanketta. (www.uef.fi/hoitot/vetovoimainen-ja-turvallinen-sairaala-hanke).

2 SAIRAAHOITAJIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ SAIRAALASSA

Tutkimusta edelsi systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin tutkimuksia sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä. Tavoitteena oli saada tietoa, mitä sairaanhoitajien yhteistyöstä jo tiedetään ja selvittää miten sairaanhoitajien välistä yhteistyötä on tutkittu sekä mitkä tekijät vaikuttavat yhteistyöhön. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on näyttää, mistä näkökulmista ja miten aihetta on tutkittu aikaisemmin ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2008). Kirjallisuuskatsauksesta tulee mahdollisesti esiin hyödyllisiä käsitteitä, jotka voivat vahvistaa teoriaa ilmiöstä, sekä toimia tutkimuksen teoreettisen taustan perustana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009).

2.1 Tiedonhaku

Systemaattinen kirjallisuushaku tehtiin kansallisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Kansainvälinen tietokantahaku sisälsi hakuja PubMedistä, Cinahlist ja OvidSp tietokannoista. Haku tehtiin hakulausekkeella *interprofessional collaboration**, *nurse-nurse** OR *intraprofessional collaboration**, *nurse-physician** AND *collaboration**, *nurse-nurse** AND *collaboration**. Kansallisessa haussa sairaanhoitajien välistä yhteistyötä käsitteleviä tutkimuksia etsittiin Linda- ja Medic tietokannoista. Tutkimuksia haettiin hakusanoilla sairaanhoitaja ja yhteistyö*, sairaanhoitaja ja lääkäri ja yhteistyö. Manuaalihakua tehtiin mukaan otettujen artikkeleiden viiteluetteloista. Hauissa hakusanat yhdistettiin Boolean tekniikkaa käyttäen AND ja OR komennoilla. (Taulukko 1.) Kansainvälisten tutkimusten haut rajattiin vuosiin 2000- 2011 (*nurse-nurse*) sekä vuosiin 2005- 2011 (*nurse-physician*). Kansallisia yhteistyötä koskevia tutkimuksia hyväksyttiin mukaan vuodesta 2000 alkaen.

Artikkeleiden valinta perustui artikkeleiden otsikoihin ja avainsanoihin, jonka perusteella on siirrytty tutkimusten tiivistelmiin ja lopulta kokotekstiin. Tutkimusten tuli tarkastella sairaanhoitajien välistä yhteistyötä tai sairaanhoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä sairaalassa. Lopulliseen käsittelyyn valikoitui 38 tutkimusta, joista 21 oli kvantitatiivisia ja 12 kvalitatiivisia. Yhdessä tutkimuksessa oli käytetty molempia tutkimusmenetelmiä. Kolme artikkelia oli kirjallisuuskatsauksia ja yksi artikkeli meta-analyysi. Kukin artikkeli on laskettu tuloksiin, valintaan ja käytettyihin tutkimuksiin vain kerran, vaikka se olisi esiintynyt useassa tietokannassa. (Liitetaulukko 1.)

TAULUKKO 1. Tiedonhaku tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
PubMed	interprofessional collaboration*	free full text, links to full texts, abstracts, English, published in the last 5 years	26	2
	nurse- nurse*, OR intraprofessional*	only items with full texts, English published in the last 10 years	50	4
	nurse AND physician collaboration	free full text, links to full texts, abstracts, English, nursing journals, published in the last 5 years	9	5
Cinahl	nurse- nurse*, AND collaboration	English, peer reviewed, published in the last 10 years	163	6
	nurse*, AND physician* AND collaboration*	English, peer reviewed, , linked full texts, research article, abstract available, published in 2005-2011	91	9
Medic	sairaanhoitaja*, yhteistyö*	2000- 2011	53	1
	sairaanhoitaja* lääkäri*, yhteistyö*	2000-2010	8	1
OvidSP	nurse* collaboration*	Ovid full text, English language, abstract, 2005 -2011	68	4
Manuaalinen haku				6

2.2 Yhteistyö terveydenhuollossa

Muuttuva yhteiskunta ja muutokset terveydenhuollossa edellyttävät moniammatillista yhteistyötä. Tänä päivänä korostetaan moniammatillista yhteistyötä (Paasivaara & Nikkilä, 2010), mutta samalla hoitohenkilökunta tekee yhä itsenäisempää työtä. (Hilden, 2002.) Yhteistyötä terveydenhuollossa korostetaan sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa todeten, että sairaanhoitajan tulee kunnioittaa omaa ja muiden ammattiryhmien asiantuntijuutta. Potilaan hoitotyön tulee rakentua moniammatillisesta yhteistyöstä. Sairaanhoitajien tulee lisäksi tukea toisiaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja työssä jaksamisessa. (Sairaanhoitajaliitto, 1996.) Moniammatillisessa yhteistyössä tehostuu eri ammattiryhmien erityisosaaminen ja sen esiin tuominen yhteiseksi hyväksi. Kasvava tarve yhteistyöhön on lisääntynyt. Tähän on johtanut muun muassa väestön ikääntyminen, ongelmien monimuotoisuus ja yleinen terveyden edistäminen sekä jatkuva tiedon määrän kasvu. Näiden asioiden ratkaisuun tarvitaan laaja-alaista asiantuntijuutta. (Hilden, 2002; Paukkunen, 2003.) Moniammatillisella yhteistyöllä ja verkostoitumisella pystytään vastaamaan kasvaviin haasteisiin niin yksilö- kuin yhteisötasolla. Samalla yhteistyö mahdollistaa terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista. Työn kehittämisen ohella, moniammatillinen yhteistyö tukee oman osaamisen kehittämistä. (Pietilä ym. 2010.)

Terveydenhuollossa yhteistyö voidaan määritellä ihmisten väliseksi prosessiksi, jonka tunnusomaisia piirteitä ovat moniammatillisen yhteistyön lisäksi yhteiset tavoitteet, päätöksenteko sekä vastuu ja voima työskennellä yhdessä saavuttaakseen potilaalle parhaimman hoidon (Henneman, 1995; Laura, 2010). Lauran (2010) mukaan hyvä yhteistyö syntyy yhteisillä koulutuksilla, jotka edistävät työilmapiiriä molemminpuolisella luottamuksella ja kunnioituksella, kannustavat avoimeen vuorovaikutukseen sekä roolien, taitojen ja vastuiden hyväksyntään. Yhteistyötä voidaan lisäksi kuvata tuloksena, eri näkökulmien synteinä (Gardner, 2005). Yhteistyötä luonnehtivat lisäksi erilaisten näkemysten huomioiminen, kollegoiden tuki, tiimityö ja työn suunnittelu (Pietilä ym. 2010).

Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä voi kuitenkin ajoittain olla haasteellista, johtuen ammattiryhmien itsenäisestä työskentelystä ja perinteisestä hierarkia-asetelmasta. Asenteet ja käsitykset sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisestä yhteistyöstä voivat vaihdella eri ammattiryhmissä, eikä yhteistyö ole aina mutkatonta. Tehokkaalle yhteistyölle voi olla haasteena perinteiset esteet, kuten hoitotyössä vallitseva hierarkia (Rice, Zwarenstein, Gotlib

Conn, Kenaszchuk & Reeves, 2010), työntekijöiden asenteet, sukupuoli- ja luokkaerot (Stein-Parbury & Liashenko, 2010). Lisäksi aikaisemmat kokemukset yhteistyöstä voivat vaikuttaa tämän hetkiseen käyttäytymiseen (McGrail, Morse, Glessner, & Gardner, 2008). Yhteistyö on kuitenkin parhaimmillaan vallan jakoa, joka perustuu tiedon jakoon ja asiantuntijuuteen, eikä niinkään asemaan tai ammattinimikkeeseen. (Henneman, 1995; McCauley & Irwin, 2006.) Reevesin, Ricen, Gotlibin, Millerin, Kenaszchukin ja Zwarensteinin (2009) laadullisessa tutkimuksessa todettiin, että lääkäreiden vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa oli niukkaa ja tavallisimmin vuorovaikutus koostui määräysten antamisesta, eikä yhteisestä dialogista. Sairaanhoitajat esittävät harvemmin uusia asioita lääkärille osastokierron aikana (Manias & Street, 2000), ja vuorovaikutus perustuu enemmänkin potilaan puolesta puhumiseen (Reeves ym. 2009). Manias ja Street (2000) toteavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat kokevat ajoittain osallistumisen päätöksentekoon vaikeaksi.

Ushiron (2009) tutkimuksessa yhteistyön sisältöalueet koostuvat potilastiedon jakamisesta, päätöksenteon osallistumisesta ja yhteistoiminnallisuudesta. Tehokkaalla ryhmädynamiikalla on keskeinen osa yhteistyön edistämisessä. Hyvä työyhteisö saavutetaan aidolla yhteistyöllä, tehokkaalla päätöksenteolla, asianmukaisilla henkilöstöresursseilla ja luotettavalla johtajuudella. Yhteistyötä edistetään kommunikaatiolla (McCauley & Irwin, 2006; Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010), luottamuksella, kunnioituksella sekä tiedon-, arvojen- ja vastuun jakamisella. (Henneman, Lee & Cohen, 1995.) Yhteistyön ja kommunikaation avulla voidaan myös varmistaa asiakkaalle asianmukainen hoito, ja mahdollisesti lisätään lääkäreiden, sairaanhoitajien, asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyyttä (Puntillo & McAdam, 2006; Vazirani, Hays, Shapiro & Cowan, 2005), parantaa potilasturvallisuutta (Dougherty & Larson, 2010), sekä henkilöstön pysyvyyttä, työtyytyväisyyttä ja parempia hoitotyön tuloksia (McCauley & Irwin, 2006). Lisäksi yhteistyöllä on merkitystä hoitoaikojen pituuteen, jolla voidaan vähentää hoitotyön kustannuksia (Vazirani ym. 2005). On myös todettu, että yhteenkuuluvuus ja työtyytyväisyys vaikuttavat merkittävästi henkilöstön pysyvyyteen (DiMeglio ym. 2005). Hyvinvoivassa työyhteisössä on hyvä, luottamukseen ja avoimuuteen perustuva ilmapiiri, jossa voidaan käsitellä vaikeitakin asioita (Juuti & Vuorela, 2006).

Sairaanhoitajat ja lääkärit muodostavat terveydenhuollossa suurimmat työntekijäryhmät. Nämä ryhmät työskentelevät välittömässä yhteistyössä keskenään. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö on monitahoinen vuorovaikutusprosessi kahden ammattiryhmän kesken

(Stein-Parbury & Liaschenko, 2010). Ammattiryhmien välistä yhteistyötä on tutkittu eri näkökulmista kansainvälisesti varsin runsaasti usean vuosikymmenen ajan. Yhteistyötä alettiin tarkastella jo 1960-luvulla vallankäytön ja kommunikaation näkökulmasta. (Kantanen, 2008.) Collaboration käsite on sittemmin kehittynyt ja monimuotoistunut huomattavasti tältä vuosikymmeneltä (Sullivan, 2005).

Sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyötä on tutkittu paljon sairaanhoitajien aloitteesta ja tutkimuspaikkana on usein ollut tehohoitoyksikkö (Dougherty & Larson, 2005). Useassa tutkimuksessa on mainittu, että sairaanhoitajat ovat lääkäreitä kiinnostuneempia sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisestä yhteistyöstä. Tutkimustulokset sairaanhoitajien tai lääkäreiden asenteista yhteistyöhön eivät ole yksiselitteisiä; osassa tutkimuksia on havaittu sairaanhoitajien asenteen yhteistyöhön olleen positiivisempi, kuin lääkäreiden (Chang, Ma, Chiu, Lin & Lee, 2009; Jones & Fitzpatrick, 2009; Taylor, 2009; Thomson, 2007.) Vastakkaisia tuloksia on raportoitu, jossa mainittiin, että lääkärit ovat myönteisempiä yhteistyöhön kuin sairaanhoitajat (Nelson, King & Brodine, 2008). Toisaalta sairaanhoitajat ovat myös tyytymättömiä yhteistyön laatuun (McCauley & Irwin, 2006). Lisäksi on todettu, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden korkeammalla koulutustasolla ja pidemmällä työkokemuksella on myönteinen merkitys yhteistyöhön. (Nelson, King & Brodine, 2008.)

Tehokas kommunikaatio on yksi merkittävä tiedonlähde sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä (Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke & Gilin, 2009; Robinson ym. 2010). Hyvä yhteistyö vaatii eri ryhmänjäsenten kunnioitusta ja tunnustamista. Kunnioitus edellyttää ymmärrystä ja toisen asiantuntijuuden hyväksyntää. (Jones & Fitzpatrick, 2009.) Sairaanhoitajat voivat kasvattaa osuuttaan yhteistyössä ja näin lisätä hoitotyön näkyvyyttä (Manias & Street, 2001). Martin, Ummenhofer, Manser ja Spirig (2010) toteavat että, moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat jatkuva kiire, roolien ja toimintatapojen erilaisuus (Paasivaara & Nikkilä, 2010), heikko organisaation tuki ja johtajuus, perinteiden ja arvojen eroavaisuus ja eri tavoitteet. Aito yhteistyö syntyykin ajan kanssa (Gardner, 2005; McCauley & Irwin, 2006), ja on asteittain etenevä prosessi (Paasivaara & Nikkilä, 2010).

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön on todettu parantavan potilaiden hoitotuloksia, (Henneman, 1995; Latimer ym. 2009; Martin ym., 2010; Robinson ym. 2010; Stein-Parbury & Liaschenko, 2010), lisäävän hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä, (Henneman, 1995; Jones & Fitzpatrick, 2009; Taylor, 2009; Zangaro & Soeken, 2007), vähentävän lääkityspoikkeamia

(Manojlovich & DeCicco, 2007) ja parantavan potilasturvallisuutta (Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010). Yhteistyön on mainittu parantavan hoitotyön laatua (Daly, 2004; Robinson ym. 2010; Ushiro, 2009; Vazirani ym., 2005), vaikuttavuutta ja tehokkuutta (Jones & Fitzpatrick, 2009). Lisäksi Virtasen ym. (2009) tutkimuksessa mainittiin, että eri asenteet yhteistyöhön, heikko luottamus hoitohenkilöstön välillä ja epäoikeudenmukainen työnjako ovat yhteydessä lisääntyneeseen hoitoon liittyviin infektioriskeihin. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välinen hyvä yhteistyö on myös todettu vähentävän potilaskuolleisuutta (Latimer ym. 2009; Manojlovich & DeCicco, 2007).

2.3 Sairaanhoitajien välinen yhteistyö

Yhteiskunnalliset muutokset ja terveydenhuollossa tapahtuneet uudistukset vaikuttavat hoitotyöhön (Hilden, 2002). Sairaanhoitajien välisen yhteistyön merkitys korostuu tämän päivän hoitotyössä, sillä hoitohenkilökunnan työvoimapula on ajankohtainen. Terveystieteiden organisaatiot kilpailevat jopa hoitotyöntekijöistä (Hilden, 2002). Yhteistyömahdollisuudet ja tyytyväisyys työtovereihin kannustavat ammatissa viihtymiseen (Estryn-Behar ym. 2007; Tourangeau & Cranley, 2005). Vuorovaikutus toisten sairaanhoitajien kanssa on yksi sairaanhoitajien työn tyydyttävimmistä tekijöistä. Työtyytyväisyyttä lisäävät myös sairaanhoitajien mahdollisuudet ammatilliseen kehitykseen. (Evans, 2005.) Ammatillista pätevyyttä voidaankin tukea ja kehittää yhteistyöllä ja näin estää kokemuksellisen tiedon häviämistä kliinisestä hoitotyöstä. Kehittämistyöhön kuuluu myös työyhteisön sekä hoitotyön sisällön kehittäminen (Hilden, 2002).

Työelämän muutokset ja ristiriidat vaikuttavat työhyvinvointiin. Myös hoitotyön tarve ja henkilöstön korkea keski-ikä tuovat uusia tutkimus- ja kehittämistarpeita. (WRC, 2010.) Parhaimmillaan yhteistyö edistää henkilöstön tehokasta käyttöä sekä tuottavuutta, kun yksilöt eivät käytä tietotaitoaan kilpailumielessä, vaan yhteistoimintaan (Henneman, 1995). Työyhteisön toiminta on juuri viestien, kuten tietojen ja näkemysten lähettämistä ja vastaamista. Hyvä yhteistyö edellyttää luottamusta jäsenten kesken. (Paasivaara & Nikkilä, 2010.)

Sairaanhoitajien yhteistyö on välttämätöntä, jos halutaan, että asiakkaan kokonaisvaltainen hoito onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla. Dougherty ja Larson (2010) ovat kehittäneet

Nurse-Nurse Collaboration (NNC) mittarin, joka tarkastelee sairaanhoitajien välistä yhteistyötä. Mittari muodostaa viisi yhteistyötä kuvaavaa osa-aluetta: *ristiriitojen hallinta (conflict management)*, *kommunikaatio (communication)*, *jaettu prosessi (shared process)*, *koordinaatio (coordination)* ja *ammattillisuus (professionalism)*.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairaanhoitajien välistä yhteistyötä sairaalassa edellä mainittujen osa-alueiden näkökulmasta.

2.4 Sairaanhoitajien yhteistyöhön vaikuttavat tekijät

2.4.1 Ristiriitojen hallinta

Sairaanhoitajat kohtaavat tänä päivänä työssään jatkuvaa muutosta. Heiltä vaaditaan ja odotetaan yhä enemmän. He vastaavat työstään useammalle eri taholle, kuten työnantajalle, asiakkaille, omaisille ja kollegoille. Muutokset ja odotukset voivat johtaa stressin tunteeseen ja ristiriitatilanteisiin. (Mahon & Nicotera, 2011.) Työyhteisön ristiriidat saattavat lisäksi johtua käsittelemättömistä näkemys- ja mielipide eroista, ihmiset ajattelevat ja perustelevat asioita eri tavoin ja ongelmia syntyy, jos ristiriitatilanteita ei käsitellä (TTK, 2011; TTL, 2011).

Doughertyn ja Larsonin (2010) NNC- mittarissa ristiriitojen hallinta käsittää ongelmaratkaisustrategian, eli miten sairaanhoitajat käyttäytyvät ristiriitatilanteissa ja ratkaisevat ongelmatilanteet. Työympäristön vaikutus sairaanhoitajien pysyvyyteen ja potilasturvallisuuteen on merkittävä. Riittämätön vuorovaikutus, vähäinen yhteistyö ja ristiriidat estävät sairaanhoitajien voimaantumista ja työympäristön kehittämistä. (Latham, Hogan & Ringl, 2008.) Hyvän työympäristön luominen edellyttää ymmärrystä siitä, miten sairaanhoitajat suhtautuvat toisiinsa ja mitkä tekijät edistävät huonoa ilmapiiriä ja ristiriitoja sekä miten ristiriitoja käsitellään. Heikko kollegiaalisuus ja ristiriitatilanteet saattavat johtaa työtyytymättömyyteen ja seurauksena on, että osa sairaanhoitajista vaihtaa alaa tai työskentelee tyytymättöminä. (Duddle & Boughton, 2007.) Ristiriitatilanteiden on lisäksi todettu aiheuttavan ärtyneisyyttä, unettomuutta ja hermostuneisuutta (Nayeri & Negarandeh, 2009). Toimivassa työyhteisössä onkin etukäteen pohdittu, miten toimia ristiriitatilanteissa (TTK, 2010). Jos ristiriitoja ei osata käsitellä, ne jäävät usein elämään pinnan alle ja toivotaan, että ne selviävät vähitellen itsestään (Paasivaara & Nikkilä, 2010).

Gardnerin (2005) mukaan ristiriita käsite on yhteistyökäsitteen tavoin monitahoinen. Ristiriidat ovat kuitenkin osa yhteistyötä. Ne saattavat edesauttaa ja vahvistaa tai estää hyvää yhteistyötä (Duddle & Boughton, 2008; Gardner, 2005; Mahon & Nicotera, 2011). Ristiriidat jaetaan tehtäviin liittyviin ristiriitoihin ja tunneperäisiin ristiriitoihin. Tunneperäisiin ristiriitoihin liittyy usein tehtävistä nousseet ristiriidat ja henkilöstökemiat. Tunneperäiset ristiriidat selviävät monesti, kun ratkaistaan tehtäviä koskevat ongelmat. Esimiehen rooli korostuu näiden tilanteiden selvittelyssä. (Gardner, 2005.)

Sairaanhoitajat mieltävät ristiriidat eri tavoin ja tämä vaikuttaa siihen, miten ristiriitatilanteita käsitellään. Keskinäinen ymmärrys ja vuorovaikutus ovat ratkaisevia ja mahdollisesti ehkäiseviä tekijöitä ristiriitatilanteissa. (Nayeri & Negarandeh, 2009.) Duddlin ja Boughtonin (2007) tutkimuksessa tarkasteltiin sairaanhoitajien kokemuksia kollegiaalisesta yhteistyöstä. Tutkimuksen tuloksissa esiintyi kolme teema: vaikea vuorovaikutus, tilanteiden selvittely ja siedettävyyys. Vaikeita vuorovaikutustilanteita ennakointiin ja vältettiin sekä ristiriitatilanteita siedettiin yhä paremmin. Kokeneet sairaanhoitajat aistivat huonon ilmapiirin ja he olivat kehittäneet taidon välttää ristiriitatilanteita. Uusilla ja kokemattomilla sairaanhoitajilla ei välttämättä ole edellä mainittua taitoa ja he ovatkin vaarassa joutua ristiriitatilanteisiin. Sairaanhoitajat kohtaavat harvemmin ristiriitatilanteita suoraan (Mahon & Nicotera, 2011). Taylor (2001) toteaa tutkimuksessaan, etteivät sairaanhoitajat aina huolehdi toisistaan ja sairaanhoitajien väliset huonot suhteet voivat olla vaikeasti parannettavissa. Samankaltaisia tuloksia esitetään Taylorin ja Barlingin (2004) tutkimuksessa, jossa mielenterveyshoitajat painottivat hoitajien välisiä suhteita. Suhteet kollegoihin koettiin tärkeiksi, mutta ne aiheuttivat myös stressiä.

Työpaikkakiusaaminen on tekijä, joka vaikuttaa sairaanhoitajien työhyvinvointiin (Wilson & Diedrich, 2011) ja sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön (Latham ym. 2008; Taylor, 2001). Tavallisimmat kiusaamisen muodot ovat kritisointi (Milton, 2009; Rowen & Sherlock, 2005), tuomitseminen, viha, alentava kohtelu (Rowen & Sherlock, 2005), selän takana puhuminen, tiedon väärentäminen tai työkaverin eristäminen ryhmästä (Milton, 2009). Rowenin ja Sherlockin (2005) mukaan kiusaamisen kohteeksi joutuminen lisää stressiä ja työtyytymättömyyttä. Heidän tutkimuksessaan sairaanhoitajat totesivat, että väärinkäsityksiä pyrittiin selvittämään kohtaamalla kiusaaja ja tukea haettiin kollegoilta. Suuri osa sairaanhoitajista tunsi kuitenkin voimattomuutta, kun joutuivat kiusauksen kohteeksi ja kärsivät kaikessa hiljaisuudessa. Samankaltaisia tuloksia esittävät Wilson ja Diedrich (2011)

tutkimuksessaan, jossa he tarkastelivat työpaikkakiusaamisen merkitystä työssä pysymiseen. Tutkimuksessa lähes kaikki sairaanhoitajat olivat nähneet tai kokeneet työpaikkakiusaamista ja heistä suurin osa koki vaikeaksi kohdata kiusaajan. Lisäksi vajaa puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista oli harkinnut jättävänsä nykyisen työnsä. (Wilson & Diedrich, 2011.) Vuonna 2010 työpaikkakiusattuja oli Suomessa 140 000 palkansaajaa ja kiusaajana toimi usein työtoveri tai lähiesimies (TTL, 2010).

2.4.2 Kommunikaatio

Doughertyn ja Larsonin (2010) NNC- mittarissa kommunikaation osa-alue tarkastelee sairaanhoitajien viestintätaitoja ja tiedonkulkua. Lisäksi osa-alue käsittää kommunikaation avoimuutta ja oikeellisuutta.

Sairaanhoitaja on perinteisesti toiminut hoitajana, ohjaajana ja tukijana. Sairaanhoitajan tehtäväkuva on kuitenkin vuosien mittaan muuttunut ja sairaanhoitajan velvollisuudet ja vastuut ovat lisääntyneet. Työ on siirtynyt vuoteenreunalta laajempiin ympäristöihin ja nykyään sairaanhoitaja on vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä yhä useamman henkilön kanssa potilashoitoon liittyvissä asioissa. Sairaanhoitajan tulee tänä päivänä hallita monenlaisia kommunikaatiotaitoja. (Miller & Apker, 2002.) Mahon ja Nicotera (2011) toteavat, että Yhdysvalloissa sairaanhoitajien koulutukseen sisältyy oppiaine, jossa käsitellään vuorovaikutustaitoja, mutta koulutus sisältää tavallisemmin sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, eikä niinkään vuorovaikutusta kollegoiden välillä. Suomessa sairaanhoitajien koulutusohjelmaan sisältyy vuorovaikutusosaaminen, jossa korostetaan muun muassa kollegiaalisia yhteistyösuhteita sekä vuorovaikutustaitoja muiden ammattiryhmien välillä (esim. Metropolia, 2011). Lisäksi tiimityöskentelyä on mahdollista opiskella ammatillisen täydennyskoulutuksen muodossa.

Tiedonkulku on tiedon siirtymistä henkilöltä toiselle tai paikasta toiseen. Se miten työyhteisö menestyy, riippuu siitä miten hyvin työyhteisössä käsitellään ja jaetaan tietoa. Heikko kommunikaatio voi aiheuttaa ongelmia tiedonkulussa, jolloin on vaarana, että väärinkäsityksiä ja epäluuloisuutta syntyy. Yhteisöllisyys kuuluu lisäksi kielessä, jota työyhteisössä käytetään. (Paasivaara & Nikkilä, 2010.)

Apker, Propp, Zawaba Ford ja Hofmeister (2006) selvittivät tutkimuksessaan sairaanhoitajien kommunikointitaitoja hoitotiimeissä. Kommunikaatiolla oli positiivinen merkitys hoitoympäristöön. Tutkimuksessa kuvattiin neljä kommunikaatiotaitoihin liittyvää osa-aluetta, joita sairaanhoitajat käyttivät moniammatillisessa yhteistyössä: *yhteistyö, uskottavuus, myötätunto ja koordinaatio*. Yhteistyöllä tarkoitettiin tässä sairaanhoitajien välistä tiedonhankintaa. Tiedonhankintaan kuului myös tiedon jakaminen ja täydentäminen sekä totuudenmukaisuus. Uskottavuuteen vaikutti puhe- ja esiintymistapa työyhteisössä sekä ristiriitojen hallinta. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja esitti mielipiteensä vakuuttavasti. Myötätuntotaito tarkoitti muiden huomioonottamista, välittämistä, kannustamista sekä verbaalista ja non-verbaalista kommunikointia, jolla sairaanhoitajat ilmaisivat kunnioitusta ja yhteenkuuluvuutta. Koordinaatio osoitti, miten sairaanhoitajat organisoivat ja delegoivat työtehtäviä potilashoidossa ottaen samalla johtajuuden. Koordinaatio nähtiin lisäksi mentorointina ja toisten tukemisena. (Apker ym. 2006.) Fernandezin, Tranin, Johnsonin ja Jonesin (2010) tutkimuksessa selvitettiin eri hoitotyön mallien merkitystä moniammatilliseen ja ryhmän sisäiseen kommunikaatioon. Vertailussa olivat SCN (Shared Care in Nursing) ja PA (Patient Allocation) mallit. Sairaanhoitajat saivat koulutusta SNC- malliin, joka piti sisällään komponentteja, kuten kommunikaatio, yhteistyö, koheesio (yhteenkuuluvuus), ristiriitojen hallinta, päätöksenteko ja sitoutuneisuus. PA- malli oli ollut käytössä jo vuosia ja tarkoitti potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja omahoitajuutta. Vertailututkimuksen tulokset eivät osoittaneet suuria eroavaisuuksia kommunikaation suhteen ryhmien välillä. SCN ryhmässä oli alussa hieman paremmat tulokset kommunikaation osa-alueilla, mutta seurantalutkimuksessa SCN ryhmän tulokset olivat heikentyneet, muun muassa kommunikaation avoimuudessa ja tarkkuudessa. Molemmat mallit todettiin kuitenkin tukevan moniammatillista ja ryhmän sisäistä kommunikaatiota. (Fernandez ym. 2010.)

2.4.3 Jaettu prosessi

Jaettu prosessi koostuu yhteisestä päämäärästä, päätösvallasta ja autonomiasta (Dougherty & Larson, 2010). Hilden (2002) määrittelee autonomian valtuudeksi tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden rajoissa. Autonomia lisääntyy Zangaron ja Soekenin (2007) mukaan työkokemuksen myötä ja on yhteydessä työtyytyväisyyteen.

Hess, DesRoches, Donelan, Norman ja Buerhaus (2011) ovat tutkimuksessaan tarkastelleet sairaanhoitajien näkemyksiä eri toimintaympäristöissä: magneettisairaalassa, ei

magneettisairaalassa ja sairaalassa, joka tavoittelee magneettisairaalan statusta. Sairaanhoitajat, jotka työskentelivät magneettisairaalassa tai sairaalassa, joka tavoitteli magneettisairaalan statusta, kokivat, että heillä oli päätösvaltaa ja he pystyivät vaikuttamaan työympäristöön, potilashoittoon ja organisaation hallintoon enemmän kuin sairaanhoitajat tavallisessa sairaalassa. Vaikutusmahdollisuudet omassa työssään voivat tukea sairaanhoitajien voimaantumista ja työhyvinvointia. (Hess ym. 2011.)

”Yhdessä oleminen” ja ”yhdessä tekeminen” tukevat yhteisöä ja yhteisöllisyyttä ja edistävät hyvinvointia (Barrett ym. 2009; Paasivaara & Nikkilä, 2010; Utrianen 2006). Yhteenkuuluvuus ja toisten auttaminen koetaan käytännössä merkittäväksi (DiMeglio ym. 2005; Utriainen, 2006). Utriainen, Kyngäs ja Nikkilä (2009) ovat tutkineet ikääntyvän sairaanhoitajan työhyvinvointia. Tutkimuksessa ikääntyvät sairaanhoitajat korostavat yhdessä tekemistä ja pohtimista, tiedon ja taidon jakamista. Heidän työhyvinvointinsa perustuu ihmisten väliseen vastavuoroisuuteen, joka tarkoittaa lähinnä toisen ihmisen huomioimista. Hoitajavastavuoroisuutta voidaan kuvata yhteisöllisyytenä, jakamisena ja yksilöllisyytenä. Paasivaaran ja Nikkilän (2010) mukaan, yhteisöllisyys syntyy juuri vuorovaikutuksesta, yhteisistä tavoitteista ja yhteenkuuluvuuden tunteesta. Gardner (2005) toteaaakin, että jaettu päätöksenteko on yhteistyön yksi tuntomerkki. Jaettu päätöksenteko tapahtuu osastokierroilla ja tiimipalavereissa. Näissä foorumeissa mahdollistuu muun muassa tiedon vaihto ja oppiminen.

2.4.4 Koordinaatio

Koordinaatio on tarkoituksenmukaista yhteistoimintaa ja yhteen järjestämistä (Dougherty & Larson, 2010). Hyvä koordinaatio tarkoittaa yhteisiä tavoitteita, tiedon jakamista ja keskinäistä kunnioitusta. Se on korkealaatuista kommunikointia, joka on toistuvaa ja täsmällistä. (Havens, Vasey, Gittel & Wei-Ting, 2010.) Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa todetaan myös, että sairaanhoitaja vastaa potilaan hoidosta, samalla kun hän ohjaa ja koordinoi hoitoa eri henkilöstöryhmien välillä (Sairaanhoitajaliitto, 1996).

Latimerin ym. (2009) tutkimuksen mukaan alussa yhdessä opeteltu kivunhoito ja yhteistyön tekeminen vaikuttivat näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumiseen. Sairaanhoitajat ilmoittivat kollegansa tärkeimmiksi tiedonlähteiksi. Käytännössä sairaanhoitajat konsultoivat

useammin toisiansa vaikeissa hoitotilanteissa (Meltzer, Steinmiller, Simms & Grossaman, 2009). Smithin, Lavoie-Tremblayin, Richerin ja Lanctotin (2010) tutkimus tarkastelee sairaanhoitajien näkemyksiä organisatorisista tekijöistä, jotka edesauttavat tai vaikeuttavat yhteistyön kehittämistä hoitotyön tiimeissä. Tutkimuksessa esiintyi yksi pääteema: olla käytettävissä yhteistyölle. Ajalla ja työjärjestelyillä todettiin myös olevan merkitys yhteistyöhön. Molemmat tekijät vaikuttivat sairaanhoitajien kykyyn olla vuorovaikutustilanteissa toisten kanssa. Kun aikaa oli riittävästi ja työjärjestelyt koordinoitu järkevästi yhteistyö toisten sairaanhoitajien ja muiden ammattiryhmien kanssa tapahtui todennäköisemmin. (Smith ym. 2010.) Yhteistyötä voidaan kehittää varaamalla aikaa aitoon vuorovaikutukseen (Gardner, 2005).

2.4.5 Ammatillisuus

Sairaanhoitajien ammatillisuuteen on kiinnitetty huomiota jo muutamia vuosia. Doughertyn ja Larsonin (2010) mukaan ammatillisuus rakentuu seuraavista käsitteistä: kunnioitus, yhteistyöhalukkuus, kliininen kompetenssi, mentorointi ja johtajuus. Kompetenssi eli kyvykkyys tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävistä hyvin sekä ihmisen itsensä, että muiden arvioimana. Hyvä ammatillinen osaaminen tukee työssä viihtymistä ja jaksamista. Lisäksi hyvän ammatillisen osaamisen omaavat kokevat varmuutta työssään, toimivat itsenäisesti ja uskaltavat ottaa vastuuta, joka vuorostaan vahvistaa entisestään työmotivaatioita. (Hilden, 2002.) Työkaverit ja työkavereiden antama tuki, yhteisen palautteen saaminen sekä yhteistyö ja työympäristö ovat tärkeä osa työmotivaatiota. Hyvä työmotivaatio ja yhteishenki taas lisäävät työhön sitoutumista ja työtyytyväisyyttä. (Huttunen, Kvist & Partanen, 2009.) Apker ym. (2006) toteavat, että ammatillisuuteen kuuluu muun muassa koulutus- ja taitotaso sekä autonomia. Heidän mukaansa kommunikaatiotaidot voidaan nykyään laskea osaksi ammatillisuutta. Yhteistyö merkitsee oman ammatillisuuden tunnistamista (Paasivaara & Nikkilä, 2010) ja hyvät työyhteisötaidot ovat osa ammatillista osaamista (Työturvallisuuskeskus, 2010).

Mentorointi on määritelty prosessiksi, jonka avulla ihmiset auttavat toisiaan kehittymään ammatissaan. Asiantuntevalla ja aktiivisella mentoroinnilla voidaan voimaannuttaa työyhteisön jäseniä. Organisaatio hyötyy, kun tietotaito lisääntyy, resursseja käytetään tehokkaasti, työyhteisö kehittyy ja kommunikaatio paranee. (Heikkilä & Heikkilä, 2005.)

Latham ym. (2008) kuvasivat tutkimuksessaan, miten mentoriryhmät osoittautuivat vaikuttaviksi ryhmiksi ja ohjaajat olivat tukea antavia hoitajia, joiden kanssa oli ”kiva” (nice) tehdä töitä. Vaikutus oli nähtävissä hoitotyössä ja osastotyön parannuksilla. Yhteistyö tuotti kunnioitusta ja tiedonvaihtoa eri tahojen välille. Apker ym. (2006) esittävät, että ammattitaitoiset sairaanhoitajat ovat kriittisen tiedon lähteitä. He osaavat sopivassa määrin jakaa omaa tietotaitoa lyhyesti ja ytimekkäästi oikealla tavalla.

Tourangeau ja Cranley (2005) kuvaavat tutkimuksessaan neljää tekijää, joilla on vaikutus sairaanhoitajien pysymiseen ammatissaan. Määräävät tekijät ovat: työtyytyväisyys, sairaanhoitajien ominaispiirteet, työyhteisön yhtenäisyys ja yhteistyö sekä sairaanhoitajien sitoutuneisuus. Yhteisöllisyyden onnistuminen ja hyvän työilmapiirin luominen edellyttää johdolta sekä henkilöstöltä sitoutumista, osallistumista ja ohjausta. Johtamisella vaikutetaan työyhteisön työilmapiiriin ja ihmissuhteisiin. (Paasivaara & Nikkilä, 2010).

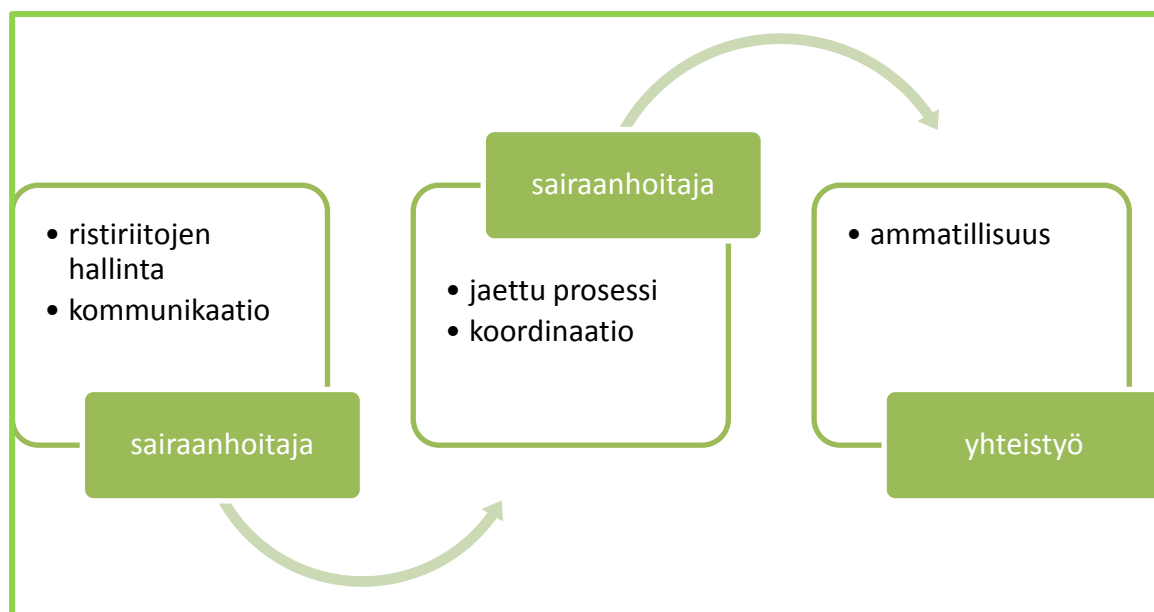
2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Työelämä edellyttää nykyään työntekijöiltä useita valmiuksia, kuten moniammatillisuus, muutosvalmius, yhteistyö ja tiimityö sekä verkkotyöskentely. (Hilden, 2002.) Laaja-alainen yhteistyö on välttämätön yhteisön terveystarpeiden varmistamiseksi. Yhteistyötä korostetaan enenevässä määrin kansainvälisissä ja kansallisissa linjauksissa. Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on sairaanhoitajien välinen yhteistyö sairaalassa sekä taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön. Tutkimuksen viitekehiksenä on käytetty Doughertyn ja Larsonin (2010) kehittämää NNC- yhteistyö mittaria mukaillen. (Kuvio 1.) Yhteistyötä on tässä tutkimuksessa tarkasteltu mittarin osa- alueiden mukaisesti.

Eri ammattiryhmien sekä sairaanhoitajien ja potilaiden välistä yhteistyötä on tutkittu jonkin verran, mutta tutkimuksia sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä ja vuorovaikutuksesta (Apker ym. 2006; Fernandez, 2010) löytyy vähäisesti. Aiheen tärkeys korostuu ajatellen hoitohenkilökunnan vajetta sekä työssä pysymisen näkökulmasta. Aiemmat tutkimukset osoittavat sairaanhoitajien yhteistyön vaikuttavan vähentävästi hoitajien vaihtuvuuteen (esim. Duddle & Boughton, 2007; Estryn-Behar ym., 2007; Latham, 2008; Tourange, & Cranley, 2005). Samalla kuitenkin voidaan todeta, että vuorovaikutus ja yhteistyö työympäristössä voi ajoittain olla haasteellista (esim. Duddle & Boughton, 2007). Työpaikkakiusaaminen on yksi

ajankohtainen aihe, joka liittyy sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön (Rowe & Sherlock, 2005; Taylor, 2001; Wilson & Diedrich, 2011). Tutkimuksia sairaanhoitajien välisestä kommunikaatiosta ja ristiriitojen hallinnasta löytyy kirjallisuudesta jonkin verran, mutta muita tässä tutkimuksessa käytettyjä osa-alueita on tutkijan mukaan tutkittu niukasti.

Sairaanhoitajien välisellä yhteistyöllä, työyhteisön toimivuudella ja yhteisöllisyydellä on merkitystä työhyvinvointiin ja työssä viihtyvyyteen (esim. Barrett ym. 2009; Latham, 2008). Nämä ovat merkittäviä tekijöitä tänä päivänä, kun pohditaan miten saadaan hoitoalaa vetovoimaiseksi ja uutta henkilöstöä hakeutumaan alalle. Työhyvinvoinnin edistäminen perustuu johdon, esimiesten ja työntekijöiden yhteistyöhön (Työterveyslaitos, 2011). Lähiesimiehen ja johdon tuki on yhteistyön onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Johdon tulee tukea ja kannustaa yhteistyötä järjestämällä riittävästi henkilöstöresursseja, työaika ja koulutusta. (Smith ym. 2010.)



(mukaillen Dougherty & Larson, 2010)

Kuvio 1. Sairaanhoitajien välisen yhteistyön käsitteellinen viitekehys

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien välistä yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien välistä yhteistyötä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä on sairaanhoitajien välinen yhteistyö sairaalassa?
2. Millainen yhteys taustamuuttujilla on sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön sairaalassa?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämän tutkimuksen tutkimusote on kvantitatiivinen poikittaistutkimus. Tutkimus on toteutettu survey-tutkimuksena, strukturoidulla kyselylomakkeella (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara, 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008). Kvantitatiivinen tutkimusote sopii tähän tutkimukseen, koska haluttiin selvittää sairaanhoitajien välistä yhteistyötä ilmiönä yleisellä tasolla. Tutkimustulokset pyritään yleistämään koskemaan koko perusjoukkoa. Survey-tutkimus soveltuu hyvin, kun tutkittavia on paljon, lisäksi se on joustava ja sitä voidaan käyttää useaan aihealueeseen. Sähköisen kyselyn etuus on lisäksi aineiston helpompi käsittely. (Polit & Beck, 2008.)

4.1 Kohderyhmän kuvaus

Tämän tutkimuksen kohderyhmä muodostui yhden yliopistollisen sairaalan sydänsairaiden ja lasten kanssa työskentelevistä sairaanhoitajista. Kohderyhmän valinnassa apua saatiin yksiköiden ylihoitajalta. Sydänsairaiden kanssa työskentelevistä palveluyksiköistä tutkimukseen osallistui 6 työyksikköä ja lasten kanssa työskentelevistä palveluyksiköistä osallistui 10 työyksikköä. Kokonaisotos käsitti (N=252) sairaanhoitajaa. Tutkimukseen vastasi 114 sairaanhoitajaa. Yksi vastauslomake jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi ja lopulta aineistoon hyväksyttiin kaikkiaan 113 lomaketta. Kaikki sairaanhoitajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten vastausmäärä vaihtelee eri kysymysten kohdalla. Sähköisen kyselyn vastausprosentti oli 44,8. Kyselyyn vastasi 51 % sydänsairaiden kanssa työskentelevistä sairaanhoitajista ja 35,6 % lasten ja nuorten kanssa työskentelevistä sairaanhoitajista. Palveluyksikkö jäi epäselväksi 3,6 % vastanneiden joukosta. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden lukumäärä ja vastausprosentit

	Lähetetyt kyselyt (N)	Vastatut kyselyt (n)	Vastausprosentti %
Sydänsairaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat	92	47	51
Lasten kanssa työskentelevät sairaanhoitajat	160	57	35,6
Ei tietoa		9	3,6

4.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella keväällä 2011. Ennen varsinaista tutkimusta tutkija kävi eri palveluyksiköiden osastonhoitajakokouksissa esittelemässä tutkimustaan. Tutkija keräsi kokouksissa osastonhoitajien sähköpostiosoitteet. Seuraavaksi osastonhoitajat informoivat osastonsa sairaanhoitajia tutkimuksesta. Tutkija välitti osastonhoitajille sähköpostitse tutkimuksen saatekirjeen (Liite 1.) ja kyselyn sähköisesti (Liite 2–3), jotka vuorostaan välittivät kyselyt eteenpäin osastonsa sairaanhoitajille. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Tutkimuksen aineisto kerättiin huhti- ja toukokuussa 2011. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen uusintakysely lähetettiin kaksi kertaa, jotta kaikki halukkaat ehtivät vielä vastata kyselyyn. Lisäksi osastonhoitajia pyydettiin muistuttamaan henkilöstöään tutkimuksesta.

4.3 Mittari

Tässä tutkimuksessa käytetty yhteistyömittari NNC (Nurse-Nurse Collaboration scale), on kehitetty Yhdysvalloissa (Liite 3.) Mittari on vapaasti saatavilla kansainvälisestä hoitotyön julkaisusta. (Dougherty & Larson, 2010.) Sairaanhoitajien välistä yhteistyötä mittaava NNC-mittari perustuu kirjallisuuskatsaukseen ja kolmeen olemassa olevaan mittariin, joista yksi mittaa hoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä (ICU MD/RN Questionnaire) sekä kahteen muuhun mittariin, jotka selvittävät yhteistyön muita alueita (The individual Nurse questionnaire ja The difficulty with the care of the terminal cancer patient scale). Lisäksi tutkijat kehittivät mittaria edelleen asiantuntijoilta saadulta palautteelta. NNC-mittari sisältää 35 väittämää, jotka on jaettu viiteen osa-alueeseen: ristiriitojen hallinta (1.1–1.7), kommunikaatio (2.1–2.8), jaettu prosessi 3.1–3.8), koordinaatio (4.1–4.5) ja ammatillisuus (5.1–5.7). Olemassa olevista mittareista nousi 29 väittämää, ja 6 väittämää kehitettiin saadusta asiantuntijapalautteesta. Mittari on esitestattu Yhdysvalloissa 76 sairaanhoitajalla neljässä suuressa terveyskeskuksessa. Mittarin yhteneväisyyttä mitattiin Cronbachin alpha-kertoimella, joka sai luvun 0,89. (Dougherty & Larson, 2010.) Korkeampi Cronbach alpha arvo kuvastaa mittarin parempaa sisäistä johdonmukaisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien yhteistyötä tarkasteltiin ristiriitojen hallinnan, kommunikaation, jaetun prosessin, koordinaation ja ammatillisuuden näkökulmasta. Sairaanhoitajat arvioivat yhteistyötä neljäportaisella Likert-asteikolla (Liite 3.) Likert-asteikon vastausvaihtoehdot olivat: 1= täysin eri mieltä, 4= täysin samaa mieltä. Väittämät 1.5, 1.6, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7 ja 2.8 sai vastakkaiset arvot: 4= täysin eri mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä ja 1= täysin samaa mieltä. (Dougherty & Larson, 2010.) Vastaaja valitsi vaihtoehdon, joka parhaiten kuvaa hänen mielipidettä asiasta. (Dougherty & Larson, 2010.) Mittarissa käytetään välillä eri suuntaan mittaavia väittämiä, jolloin väittämät luokitellaan uudelleen ennen aineiston analysointia, (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Mittarin käännöksestä on vastannut tutkija. Tutkija sai lisäksi tukea ja palautetta ohjaajiltaan työstäessään väittämiä. Kysymykset käännettiin suomenkielille kaksoiskäännös menetelmällä ja tarkistustyön suoritti kaksi virallista kielentarkistajaa. Käännöksiä on vertailtu ja tarvittavat korjaukset on tehty. Tutkimus on luonteeltaan pilottitutkimus. Suomessa mittaria on esitestattu yhden kunnan terveyskeskussairaalan kahden osaston sairaanhoitajille (n=18) ennen varsinaista kyselyä. Vastausprosentti oli 75. Uuden mittarin luotettavuutta ja toimivuutta on erityisen tärkeää testata pienemmälle ryhmälle, ennen varsinaista tutkimusotosta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Mittaria selkeytettiin ja tarkennettiin palautteen perusteella. Muutamia väittämiä muokattiin ymmärrettävämmäksi ja helpoimmaksi sanamuotoja muuttaen. Kyselylomake sisältää kymmenen taustamuuttujaa: sukupuoli, ikä, ammattitutkintoa, muu koulutus/ täydennyskoulutus, palveluysikkö, työkokemus nykyisessä työyksikössä, työkokemus terveydenhuollossa yhteensä, työsuhteen muoto, pääasiallinen työaika muoto ja arviointi siitä miten hyväksi sairaanhoitaja koki yhteistyön työyksikössään juuri sillä hetkellä. (Liite 2.) Kyselylomake sisälsi yhteensä 45 kysymystä.

4.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS for Windows 19.0 ohjelmalla. Ennen varsinaista analysointia osa muuttujista luokiteltiin uudelleen, tarkasteltiin muuttujien määrittelyt ja mitta-asteikot. Tutkimuksen muuttujat ovat luokittelu- ja järjestysasteikollisia, joita kuvaillaan käyttämällä prosenttiosuuksia, frekvenssejä ja keskiarvoja. Muuttujien arvojen perusteella lasketaan tunnuslukuja, kuten keskiarvoja ja keskihajontaa (Karjalainen, 2004; Polit & Beck, 2008).

Aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla kohderyhmää. Taustamuuttujista ikä, työkokemus nykyisessä työyksikössä ja työkokemus terveydenhuollossa yhteensä saivat uudet luokittelut. Taustamuuttujista ”ikä” luokiteltiin uudelleen muuttujaksi ”ikäluokka”, jossa vastaajien iät jaettiin neljään luokkaan: < 30 vuotta, 30–40 vuotta, 41–51 vuotta ja > 51 vuotta. Työkokemus nykyisessä työyksikössä ja työkokemus terveydenhuollossa yhteensä luokiteltiin viiteen luokkaan: < 2 vuotta, 2–10 vuotta, 11–19 vuotta, 20–30 vuotta ja > 30 vuotta. Sairaanhoitajien ammattinimikkeet luokiteltiin kolmeen luokkaan: sairaanhoitaja (n=47, sairaanhoitaja, sisätauti- kirurginen sairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja ja anestesia- ja leikkaussairaanhoitaja) sairaanhoitaja AMK (n=53, sairaanhoitaja AMK ja apulaisosastonhoitaja) ja lastensairaanhoitaja (n=12). Lisäksi taustamuuttujista muu koulutus/ täydennyskoulutus luokiteltiin kolmeen luokkaan seuraavasti: ylempi korkea-asteen koulutus (YAMK ja yliopistotutkinto), täydennyskoulutus (avoimen yliopiston opinnot ja ammatillinen koulutus) ja AMK erikoistumisopinnot. Muuttujien uudelleenluokittelu perustui aineistossa ilmenneisiin pieniin frekvensseihin eri luokissa. Analysointia edeltää usein muuttujien uudelleen luokittelu, jotta analyysimenetelmän oletus toteutuu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009).

4.4.1 Summamuuttujien muodostaminen

Samaa ilmiötä mittaavista muuttujien osioista rakennettiin summamuuttujia. Summamuuttujien rakentaminen sopii hyvin moniulotteisten ja abstraktien ilmiöiden kuvaamiseen ja analysointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Ennen varsinaisten summamuuttujien tekoa mittarin negatiiviset osiot käännettiin positiivisiksi. Mittarin summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen muuttujien saamat keskiarvot, jotka jaettiin muuttujan havaintojen määrällä, jolloin saatiin kunkin osa-alueen keskiarvojen summa. Summamuuttuja ”ristiriitojen hallinta” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 1.1–1.7. ”Kommunikaation” summamuuttuja laadittiin laskemalla yhteen muuttujat 2.1–2.8 ja kolmannen summamuuttujan muodosti ”jaettu prosessi”, joka koostui muuttujista 3.1–3.8. Summamuuttuja ”koordinaatio” rakentui muuttujista 4.1–4.5. Lopuksi tehtiin summamuuttuja osa-alueesta ”ammatillisuus”, joka muodostui muuttujista 5.1–5.7. Muuttujien normaalijakaumaa testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Summamuuttujat noudattivat normaalijakaumaa, koska p-arvo oli yli 0,05. Jakauma on vino, jos p-arvo on alle 0.05. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Karjalainen, 2004). Summamuuttujien

keskiarvojen ja taustamuuttujien yhteyttä tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Anova) ja T-testillä. Kun halutaan testata eroavatko kahden ryhmän keskiarvot toisistaan, voidaan käyttää T-testiä. T-testi edellyttää, että summamuuttujan jakauma noudattaa normaalijakaumaa. (Polit & Beck, 2008.) Yksisuuntainen varianssianalyysi soveltuu, kun muuttuja on enemmän kuin kaksiluokkainen (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008). Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin palveluyksikön, työsuhdemuodon, ikäluokan, ammattinimikkeen, lisäkoulutuksen, työkokemuksen sekä työaikamuodon näkökulmasta. Sukupuolen välisiä eroja ei ole tarkasteltu, sillä miesvastaajia oli huomattavasti vähemmän, kuin naisvastaajia ja tulokset eivät ole näin vertailukelpoisia. Tulokset raportoitiin sanallisessa sekä taulukko muodossa. Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla (Polit & Beck, 2008).

4.4.2 Mittarin reliabiliteetti

Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin arvioimalla osa-alueiden sisäistä yhtenäisyyttä Cronbachin alfa-kertoimen avulla, joka perustuu muuttujien välisiin korrelaatioihin. Arvot voivat vaihdella välillä .00 ja +1.00, mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittarin voidaan katsoa olevan. Alin hyväksyttävä alfa- arvo Metsämuurosen mukaan (2003) on 0,60. Arvoja, jotka ylittävät 0,7 voidaan pitää hyvänä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008.) Tässä tutkimuksessa summamuuttujien alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,4–0,87. Koordinaation summamuuttuja arvo oli 0,40, kun muiden α arvot olivat yli 0,70. Reliabiliteettia saadaan mahdollisesti parannettua jättämällä heikomman muuttujan pois, mutta sillä voi olla negatiivinen vaikutus mittarin validiteettiin.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Sairaanhoidajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi 113 sairaanhoitajaa, joista 96 % oli naisia ja 4 % oli miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 41 vuotta (kh 9,8), nuorimman vastaajan ollessa 22-vuotias ja vanhimman 62-vuotias. (Taulukko 3.)

Reilu kolmas osa vastaajista oli koulutukseltaan AMK sairaanhoitajia (39 %). Toiseksi suurimman ammattinimike-ryhmän muodostivat sairaanhoitajat (30 %). Vastaajista lastensairanhoitajia oli 11 % ja apulaisosastonhoitajia 8 %. Sisätautien- ja kirurgisia sairaanhoitajia oli 6 %, psykiatrisia sairaanhoitajia 5 % ja anestesia- ja leikkaussairanhoitajaa 1 %. (Taulukko 3.)

Sairanhoitajista 58 (51 %) ilmoitti suorittaneen muun koulutuksen tai täydennyskoulutuksen. AMK erikoistumisopinnot oli suorittanut 20 sairaanhoitajaa (17 %) ja 16 sairaanhoitajaa (14 %) oli suorittanut jonkin muun täydennyskoulutuksen. Vastanneista 10:llä (9 %) oli avoimen yliopiston opintoja ja 11 (10 %) ilmoitti suorittaneen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Yliopistotutkinto oli yhdellä vastaajalla. (Taulukko 3.)

Työkokemusta sairaanhoitajilla oli terveydenhuollossa yhteensä keskimäärin noin 15,5 vuotta (vaihteluväli alle 1 – 34 vuotta, kh 9,6). Nykyisessä palveluyksikössä he olivat työskennelleet keskimäärin 9,8 vuotta (vaihteluväli alle 1 – 33 vuotta, kh 8,1). Vakituksessa työsuhteessa oli 83 % ja määräaikaissä palvelusuhteessa oli 17 % vastaajista. Jaksotyötä tai vuorotyötä teki 79 % vastaajista ja päivätyötä harjoitti 21 %. Melkein kaikki sairaanhoitajat (97,4 %) kokivat yhteistyön palveluyksikössään kiitettäväksi tutkimushetkellä. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Sairaanhoitajien taustatiedot (n, %)

	n	%
<u>Ikäluokka (n = 112)</u>		
< 30 vuotta	22	20
30–40 vuotta	29	26
41–51 vuotta	43	38
51>	18	16
<u>Ammattitutkinto (n = 112)</u>		
Sairaanhoitaja	33	30
Sairaanhoitaja (AMK)	44	39
Sisätauti- kirurginen sairaanhoitaja	7	6
Psykiatrinen sairaanhoitaja	6	5
Anestesia- ja leikkaussairaanhoitaja	1	1
Lastensairaanhoitaja	12	11
Apulaisosastonhoitaja	9	8
<u>Muu koulutus/ täydennyskoulutus (n = 58)</u>		
YAMK	11	10
Yliopistotutkinto	1	1
Avoimen yliopiston opinnot	10	9
Ammatillinen täydennyskoulutus (esim. haavahoitaja)	16	14
AMK erikoistumisopinnot	20	17
<u>Työkokemus terveydenhuoltoalalla yhteensä (n =112)</u>		
< 2 vuotta	8	7
2–10 vuotta	38	34
11–19 vuotta	27	24
20–30 vuotta	31	28
> 30 vuotta	8	7
<u>Sairaanhoitajien työkokemus nykyisessä palveluyksikössä (n = 112)</u>		
< 2 vuotta	34	30
2–10 vuotta	50	44
11–19 vuotta	13	12
20–30 vuotta	13	12
> 30 vuotta	2	2
<u>Työsuhteen muoto (n = 111)</u>		
Vakinainen palvelusuhde	92	83
Määräaikainen palvelusuhde	19	17
<u>Pääasiallinen työaikaumuoto (n = 112)</u>		
Päivätyö	24	21
Jaksotyö/ vuorotyö	88	79

5.2 Sairaanhoitajien arviot yhteistyöstään toisten sairaanhoitajien kanssa

Seuraavaksi tarkastellaan NNC-mittarin väittämiä ja väittämien jakaumia tunnuslukuina. Mittarissa esiintyvät väliotsikot osoittavat eri näkökulmia osa-alueeseen. Tulokset raportoidaan sanallisesti sekä taulukossa. Tulokset esitetään luvuissa 5.2.1 – 5.2.5 osa-alueittain. (Taulukot 4-8.)

5.2.1 Ristiriitojen hallintataidot

Ristiriitojen hallinta on yhteistyön osa-alue, jossa käsiteltiin ryhmän sisäistä ongelmratkaisustrategiaa sekä ryhmän sisäisten ongelmien välttämistä (Dougherty & Larson, 2010). Sairaanhoitajat arvioivat miten he toimivat ongelmatilanteissa. Sairaanhoitajista 75 % arvioi, että lähes kaikissa ristiriitatilanteissa eri näkökulmat tarkastellaan huolellisesti. Lisäksi arvioitiin, että suuri osa sairaanhoitajista (75 %) työskentelee määrätietoisesti parhaimman ratkaisun saavuttamiseksi. Yli puolet sairaanhoitajista (56 %) oli sitä mieltä, että ongelmatilanteissa ei tyydytä ratkaisuun, ennen kun kaikki ovat tyytyväisiä, kun taas vastaajista 44 % oli asiasta hieman eri mieltä. Jotta ryhmän sisäisiä ongelmatilanteita ei syntyisi, sairaanhoitajista 75 % oli sitä mieltä, että he työskentelevät yhdessä ratkaistakseen ristiriidat. Kolme neljästä sairaanhoitajasta (78 %) arvioi, että erimielisyydet käsiteltiin, eikä niiden odotettu häviävän itsestään. Kaksi kolmesta sairaanhoitajasta (68 %) totesi, ettei ristiriitatilanteista vetäydytä. Lisäksi 70 % sairaanhoitajista oli eri mieltä siitä, että erimielisyydet jätetään huomioimatta tai ne aliarvioidaan. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Ristiriitojen hallintataidot sairaanhoitajien arvioimana (n, %).

Muuttuja	Täysin eri mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ongelma tilanteissa tarkastellaan kaikkia näkökulmia huolellisesti (n=113)	(1)	1	(27)	24	(74)	65	(11)	10
Kaikki sairaanhoitajat työskentelevät määrätietoisesti saavuttaakseen parhaimman mahdollisen ongelmaratkaisun (n=113)	(1)	1	(27)	24	(72)	64	(13)	11
Ongelmatilanteissa mukana olevat sairaanhoitajat eivät tyydy ratkaisuun, ennen kuin kaikki ovat tyytyväisiä siihen (n=113)	(2)	2	(48)	42	(54)	48	(9)	8
<u>Ryhmän sisäisten ongelmien välttämistä</u>								
Sairanhoitajat työskentelevät yhdessä ratkaistakseen ristiriidan (n=112)	(1)	1	(27)	24	(70)	63	(14)	12
* Kun sairaanhoitajat ovat eri mieltä keskenään, he jättävät huomioimatta koko asian ja teeskentelevät sen häviävän itsestään (n=113)	(35)	31	(53)	47	(24)	21	(1)	1
*Sairanhoitajat vetäytyvät ristiriitatilanteista (n=113)	(29)	26	(48)	42	(34)	30	(2)	2
*Sairanhoitajien väliset erimielisyydet jätetään huomioimatta tai niitä aliarvioidaan (n=113)	(26)	23	(53)	47	(33)	29	(1)	1
4= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä, * vastakkaiset arvot: 4= täysin eri mieltä, 1= täysin samaa mieltä.								

5.2.2 Kommunikaatiotaidot

Kommunikaation osa-alue muodostuu tekijöistä, kuten kommunikoinnin avoimuus ja ryhmän sisäinen tarkkuus (Dougherty & Larson, 2010). Suurin osa sairaanhoitajista (95 %) koki, että on helppo kommunikoida toisten sairaanhoitajien kanssa. Iso osa sairaanhoitajista (86 %) arvioi sairaanhoitajien välisen kommunikaation avoimeksi ja miellyttäväksi (95 %). Lisäksi

lähes kaikki sairaanhoitajat (99 %) ilmoittivat, että on helppo kysyä neuvoa kollegoilta. Sairaanhoitajista 94 % arvioi saavansa harvoin väärää tietoa kollegoilta ja 87 % sairaanhoitajista totesikin, että saadun tiedon oikeellisuuden tarkistaminen ei ollut tarpeellista. Lähes kolme neljästä sairaanhoitajasta (74 %) piti sairaanhoitajien välistä tiedonkulkua hyvänä ja 79 % ilmoitti ymmärtävänsä saamansa tiedon. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Kommunikaatiotaidot sairaanhoitajien arvioimana (n, %).

Muuttuja	Täysin eri mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Minun on helppo puhua avoimesti toisten sairaanhoitajien kanssa (n=110)	(-)	-	(5)	5	(62)	56	(43)	39
Mielestäni sairaanhoitajien välinen kommunikointi on hyvin avointa (n=112)	(-)	-	(16)	14	(75)	67	(21)	19
Koen muiden tämän yksikön sairaanhoitajien kanssa keskustelemisen miellyttäväksi (n=112)	(-)	-	(6)	5	(56)	50	(50)	45
Minun on helppoa kysyä neuvoa tämän yksikön toisilta sairaanhoitajilta (n=112)	(-)	-	(1)	1	(27)	24	(84)	75
<u>Ryhmän sisäinen tarkkuus (n= 111–113)</u>								
*Mieleeni tulee useita kertoja, jolloin olen saanut väärää tietoa tämän yksikön sairaanhoitajilta (n=113)	(67)	59	(39)	35	(6)	5	(1)	1
*Minun on usein tarpeen tarkistaa toiselta sairaanhoitajalta saamani tiedon oikeellisuus (n=111)	(53)	48	(43)	39	(15)	13	(-)	-
*Tämän yksikön sairaanhoitajien välisessä tiedonkulussa on paljon kehitettävää (n=113)	(23)	20	(61)	54	(24)	21	(5)	5
*Minusta tuntuu, että osa sairaanhoitajista ei ymmärrä täysin toiselta sairaanhoitajalta saamansa tietoa (n=113)	(29)	26	(60)	53	(22)	19	(2)	2

4= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä, * vastakkaiset arvot 4= täysin eri mieltä, 1= täysin samaa mieltä.

5.2.3 Jaettu prosessi: sairaanhoitajien arviot päätösvallasta, autonomiasta ja yhteisistä tavoitteista

Seuraava osa-alue koostuu kolmesta osa-tekijästä: päätösenteko/ autonomia, yhteinen päämäärä ja auktoriteetti/ vaikutusvalta (Dougherty & Larson, 2010). Lähes kaikki sairaanhoitajat (98 %) ilmoitti kykenevänsä tekemään itsenäisiä päätöksiä. Samalla suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että heillä on lupa tehdä itseään koskevia päätöksiä työssään. Päätöksentekoon osallistui iso osa (97 %) sairaanhoitajista. Lisäksi suurin osa vastaajista (80 %) koki, että heillä on paljon sanottavaa potilashoitoon liittyvissä asioissa. Sairaanhoitajista 91 % ilmoitti yhteisen päämäärän potilaan kivunhoidon tavoitteissa. Lisäksi vastaajista melkein kaikki (98 %) olivat yhtä mieltä osaston potilasturvallisuustavoitteista. Sairaanhoitajista 90 % ilmoitti voivansa keskeyttää toiminnan, joka vaarantaa potilaan tietosuojaa. Lisäksi reilu kolme neljästä vastaajista (84 %) koki voivansa pysäyttää toimenpiteen, joka ei noudata infektiostandardeja. Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 10 %. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Jaettu prosessi: sairaanhoitajien arviot päätösvallasta, autonomiasta ja yhteisistä tavoitteista (n, %).

Muuttuja	Täysin eri mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kykenen tekemään itsenäisiä päätöksiä (n=112)	(-)	-	(2)	2	(46)	41	(64)	57
Minulla on lupa tehdä itseäni koskevia päätöksiä työssäni (n=112)	(-)	-	(2)	2	(49)	44	(61)	54
Osallistun päätöksentekoon koskien työtäni (n=113)	(-)	-	(3)	3	(53)	47	(57)	50
Minulla on paljon sanottavaa, siitä mitä tapahtuu potilashoidossa yksikössäni (n=112)	(-)	-	(23)	20	(60)	54	(29)	26
<u>Yhteinen päämäärä (n=111–112)</u>								
Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä potilaan kivunhallinnan tavoitteesta yksikössäni (n=111)	(-)	-	(10)	9	(58)	52	(43)	39
Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä osaston potilasturvallisuuden tavoitteista (n=112)	(1)	1	(1)	1	(52)	46	(58)	52
<u>Auktoriteetti/ vaikutusvalta (n=102–113)</u>								
Sairaanhoitajat voivat keskeyttää toiminnan, joka vaarantaa potilaan tietosuojan säilymisen (n=110)	(1)	1	(10)	9	(54)	50	(44)	40
Sairaanhoitajat voivat pysäyttää toimenpiteen, joka liittyy keskuslaskimokatetrin käsittelyyn, jos siinä rikotaan siihen liittyviä infektiostandardeja (n=102)	(4)	4	(12)	12	(38)	37	(48)	47

4= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

5.2.4 Koordinaatio; sairaanhoitajat arvioivat yhteistoimintaa

Koordinaatio osa- alueessa sairaanhoitajat arvioivat yhteistoimintaa (Dougherty & Larson, 2010). Sairaanhoitajista enemmistö (93 %) ilmoitti puhuvansa suoraan toisilleen koskien potilashoitoa. Lisäksi 72 % sairaanhoitajista arvioi pitävänsä hoitopalaveria tarvittaessa.

Yli puolet sairaanhoitajista (58 %) totesi osastolla olevan kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Sairaanhoitajista 85 % arvioi, että ohjeistuksia ja toimintaohjeita hoidon järjestelyistä löytyi osastolta. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli 13 %. Vastaajista 81 % ilmoitti osastolla olevan säännölliset kierrot. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Koordinaatio: sairaanhoitajien arviot yhteistoiminnasta (n, %).

Muuttuja	Täysin eri mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sairaanhoitajat puhuvat suoraan toisilleen koskien potilashoitoa tässä yksikössä (n=111)	(-)	-	(8)	7	(60)	54	(43)	39
Sairaanhoitajilla on tarpeen mukaan hoitopalaveria koskien potilashoitoa tässä yksikössä (n=113)	(9)	8	(22)	20	(41)	36	(41)	36
Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä (n=110)	(10)	9	(36)	33	(44)	40	(20)	18
Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset ja toimintaohjeet koskien hoidon järjestelyjä (n=110)	(2)	2	(14)	13	(51)	46	(43)	39
Osastolla on säännölliset kierrot (n=109)	(12)	11	(9)	8	(37)	34	(51)	47

4= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

5.2.5 Ammatillisuus sairaanhoitajien arvioimana

Ammatillisuus osa-alue muodostuu tekijöistä, kuten kunnioituksesta, yhteistyöhalukkuudesta sekä kliinisestä osaamisesta. Lisäksi osa-alue sisältää sairaanhoitajien arviointia sairaanhoitajien ohjauksesta ja johtajuudesta. (Dougherty & Larson, 2010.)

Sairaanhoitajista 83 % arvioi, että yksikön sairaanhoitajat suhtautuvat kunnioittavasti toisiinsa ja ovat halukkaita (89 %) työskentelemään toistensa kanssa. Suurin osa vastaajista (94 %) oli

sitä mieltä, että yksikön sairaanhoitajilla on riittävä tietämys potilaille määrätyistä lääkkeistä sekä potilaiden sairauden kulusta (96 %). Lisäksi 95 % sairaanhoitajista arvioi heillä olevan riittävät tekniset taidot turvallisen hoidon järjestämiseksi. Valtaosa vastaajista (96 %) totesi, että yksikössä ohjataan vähemmän kokeneita sairaanhoitajia. Samalla iso osa (81 %) sairaanhoitajista arvioi saavansa tukea hoitotyön johdolta. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Ammatillisuus sairaanhoitajien arvioimana (n, %).

Muuttuja	Täysin eri mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sairaanhoitajat suhtautuvat toisiinsa kunnioittavasti ja ystävällisesti tässä yksikössä (n=111)	(4)	4	(14)	13	(59)	53	(34)	30
<u>Yhteistyöhalukkuus ja kliininen osaaminen (n=112–113)</u>								
Sairaanhoitajat ovat halukkaita työskentelemään toistensa kanssa tässä yksikössä (n=113)	(1)	1	(11)	10	(61)	54	(40)	35
Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys yksikön potilaille määrätyistä lääkkeistä tässä yksikössä (n=112)	(–)	–	(7)	6	(68)	61	(37)	33
Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys potilaan/ potilaiden sairauden kulusta tässä yksikössä (n=112)	(–)	–	(5)	4	(65)	58	(42)	38
Sairaanhoitajilla on tarvittavat teknilliset taidot potilaan turvallisen hoidon järjestämiseksi tässä yksikössä (n=112)	(–)	–	(6)	5	(60)	54	(46)	41
<u>Ohjaus / mentorointi (n=112)</u>								
Tässä yksikössä kokeneemmat sairaanhoitajat auttavat ja opettavat vähemmän kokeneita (n=112)	(2)	2	(2)	2	(37)	33	(71)	63
<u>Johtajuus (n=113)</u>								
Tässä yksikössä hoitotyönjohto tukee hoitajien välistä yhteistyötä (n=113)	(6)	5	(16)	14	(55)	49	(36)	32

4= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä

5.3 Sairaanhoitajien yhteistyötä kuvaavat summamuuttujat

Sairaanhoitajat arvioivat yhteistyötä neljäportaisella Likert-asteikolla. Mitä suurempi arvo, sitä paremmin sairaanhoitajat arvioivat yhteistyön osa- alueet. Sairaanhoitajien yhteistyötä kuvaavan summamuuttujan *ristiriitojen hallinta* yksittäiset muuttujat saivat keskiarvoja väliltä 2,61 - 3,07 (kh 0,51, $\alpha=0,87$). Yksimielisyyttä oli eniten väittämän ”kun sairaanhoitajat ovat eri mieltä keskenään, he jättävät huomioimatta koko asian ja teeskentelevät sen häviävän itsestään” kohdalla. Eniten eri mieltä aiheutti väittämä ”ongelmatilanteissa mukana olevat sairaanhoitajat eivät tyydy ratkaisuun, ennen kuin kaikki ovat tyytyväisiä siihen”.

(Taulukko 9.) Summamuuttujan *kommunikaatio* yksittäiset muuttujat saivat arvoja väliltä 2,91- 3,75 (kh 0,42, $\alpha=0,79$). Lähes kaikki arvioivat, että on helppo kysyä neuvoa kollegoilta. Eniten yksimielisyys vaihteli väittämässä ”tämän yksikön sairaanhoitajien välisessä tiedonkulussa on paljon kehitettävää” (ka 2,91). (Taulukko 9.) Summamuuttujan *jaettu prosessi* yksittäiset muuttujat saivat arvoja väliltä 3,03–3,57 (kh 0,36, $\alpha=0,71$). Sairaanhoitajat kokivat osallistuvansa työhön liittyvään päätöksentekoon. Vähiten yksimielisyyttä oli nähtävissä väittämän ”minulla on paljon sanottavaa, siitä mitä tapahtuu potilashoidossa yksikössäni” (ka 3,03) kohdalla. (Taulukko 9.) *Koordinaatio* summamuuttujan yksittäiset muuttujat saivat arvoja väliltä 2,70–3,30 (kh 0,48, $\alpha=0,40$). Parhaiten onnistui toisten kanssa suoraan puhuminen koskien potilashoitoa. Vähiten yksimielisiä oltiin väittämän ”osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä” (ka 2,70) kohdalla. Koordinaation alfa-arvo oli varsin matala. (Taulukko 9.) Metsämuurosen (2003) mukaan alin hyväksyttävä alfa-arvo olisi 0,60. Matala alfa-arvo, voi osoittaa muuttujan mittaavan ilmiötä heikosti. Summamuuttujan *ammattillisuus* yksittäiset muuttujat saivat arvoja väliltä 3,09–3,58 (kh 0,46, $\alpha=0,82$). Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että toisia vähemmän kokeneita autetaan ja opetetaan. Hoitotyön johdon tuesta oltiin eniten eri mieltä (ka 3, 09). (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. NNC – mittarin summamuuttujat, ja sen sisältämät yksittäiset muuttujat ja tunnusluvut (keskiarvot/ ka, keskihajonnat/ kh ja alfa-arvot/ α).

Summamuuttuja	Muuttujien määrä	ka	kh	Crohnbach alfa
Ristiriitojen hallinta	7	2,86	0,51	$\alpha=0,87$
Ongelmatilanteissa tarkastellaan kaikkia näkökulmia huolellisesti		2,84	0,59	
Kaikki sairaanhoitajat työskentelevät määrätietoisesti saavuttaakseen parhaimman mahdollisen ongelmaratkaisun		2,86	0,61	
Ongelmatilanteissa mukana olevat sairaanhoitajat eivät tyydy ratkaisuun, ennen kuin kaikki ovat tyytyväisiä siihen		2,61	0,64	
Sairaanhoitajat työskentelevät yhdessä ratkaistakseen ristiriidan		2,87	0,62	
Kun sairaanhoitajat ovat eri mieltä keskenään, he jättävät huomioimatta koko asian ja teeskentelevät sen häviävän itsestään		3,07	0,74	
Sairaanhoitajat vetäytyvät ristiriitatilanteista		2,91	0,79	
Sairaanhoitajien väliset erimielisyydet jätetään huomioimatta tai niitä aliarvioidaan		2,91	0,74	
Kommunikaatio	8	3,29	0,42	$\alpha=0,79$
Minun on helppo puhua avoimesti toisten sairaanhoitajien kanssa		3,33	0,56	
Mielestäni sairaanhoitajien välinen kommunikointi on hyvin avointa		3,06	0,56	
Koen muiden tämän yksikön sairaanhoitajien kanssa keskustelemisen miellyttäväksi		3,40	0,58	
Minun on helppoa kysyä neuvoa tämän yksikön toisilta sairaanhoitajilta		3,75	0,45	
Mieleeni tulee useita kertoja, jolloin olen saanut väärää tietoa tämän yksikön sairaanhoitajilta		3,55	0,58	
Minun on usein tarpeen tarkistaa toiselta sairaanhoitajalta saamani tiedon oikeellisuus		3,33	0,70	
Tämän yksikön sairaanhoitajien välisessä tiedonkulussa on paljon kehitettävää		2,91	0,75	
Minusta tuntuu, että osa sairaanhoitajista ei ymmärrä täysin toiselta sairaanhoitajalta saamansa tietoa		3,02	0,70	

Taulukko 9. jatkuu seuraavalla sivulla.

Summamuuttuja	Muuttujien määrä	ka	kh	Crohnbach alfa
Jaettu prosessi	8	3,37	0,36	$\alpha=0,71$
Kykenen tekemään itsenäisiä päätöksiä		3,57	0,53	
Minulla on lupa tehdä itseäni koskevia päätöksiä työssäni		3,52	0,54	
Osallistun päätöksentekoon koskien työtäni		3,48	0,54	
Minulla on paljon sanottavaa, siitä mitä tapahtuu potilashoidossa yksikössäni		3,03	0,69	
Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä potilaan kivunhallinnan tavoitteesta yksikössäni		3,27	0,61	
Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä osaston potilasturvallisuuden tavoitteista		3,46	0,57	
Sairaanhoitajat voivat keskeyttää toiminnan, joka vaarantaa potilaan tietosuojan säilymisen		3,27	0,68	
Sairaanhoitajat voivat pysäyttää toimenpiteen, joka liittyy keskuskasvatustieteen käsittelyyn, jos siinä rikotaan siihen liittyviä infektiostandardeja		3,28	0,83	
Koordinaatio	5	3,07	0,48	$\alpha=0,40$
Sairaanhoitajat puhuvat suoraan toisilleen koskien potilashoitoa tässä yksikössä		3,30	0,60	
Sairaanhoitajilla on tarpeen mukaan hoitopalaveria koskien potilashoitoa tässä yksikössä		3,03	0,92	
Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä		2,70	0,87	
Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset ja toimintaohjeet koskien hoidon järjestelyjä		3,25	0,70	
Osastolla on säännölliset kierrot		3,19	0,97	
Ammatillisuus	7	3,27	0,46	$\alpha=0,82$
Sairaanhoitajat suhtautuvat toisiinsa kunnioittavasti ja ystävällisesti tässä yksikössä		3,13	0,72	
Sairaanhoitajat ovat halukkaita työskentelemään toistensa kanssa tässä yksikössä		3,24	0,65	
Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys yksikön potilaille määrättyistä lääkkeistä tässä yksikössä		3,28	0,57	
Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys potilaan/ potilaiden sairauden kulusta tässä yksikössä		3,34	0,56	
Sairaanhoitajilla on tarvittavat teknilliset taidot potilaan turvallisen hoidon järjestämiseksi tässä yksikössä		3,36	0,58	
Tässä yksikössä kokeneemmat sairaanhoitajat auttavat ja opettavat vähemmän kokeneita		3,58	0,63	
Tässä yksikössä hoitotyönjohto tukee hoitajien välistä yhteistyötä		3,09	0,80	

Asteikko 1-4.

5.4 Taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön

Seuraavassa osiossa tarkastellaan taustamuuttujien ja sairaanhoitajien välisen yhteistyön osa-alueiden välisiä yhteyksiä vertailemalla eri ryhmien välisiä keskiarvoja. Vertailua tehtiin muodostettuihin osa-alueiden summamuuttujiin. Summamuuttujien keskiarvojen tarkasteluun on käytetty T-testiä sekä yksisuuntaista varianssianalyysiä (Anova), jos selitettävässä muuttujassa oli enemmän luokkia kuin kaksi (Polit & Beck, 2008). Muuttujien välisen yhteyden tilastollista merkitsevyyttä ilmaistaan p- arvolla. Tavallisesti tulokset raportoidaan kolmella eri merkitsevyystasolla: $p < 0,001$ erittäin merkitsevä, $p < 0,01$ merkitsevä tai $p < 0,05$ melkein merkitsevä. Yleisesti käytetty p- arvon rajana on pidetty $\leq 0,05$. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009; Karjalainen, 2004; Metsämuuronen, 2003.) Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona käytettiin $p < 0,05$.

Taustamuuttujat ja ristiriitojen hallinta

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajien iällä ja ammattinimikkeellä ei ollut, tilastollista merkitsevää yhteyttä ristiriitojen hallintaan. Myönteisimmin ristiriitojen hallintaan suhtautuivat 41–51-vuotiaat (ka 2,62), verrattuna alle 30-vuotiaisiin (ka 2,33). Sairaanhoitajat (ka 2,73) arvioivat ristiriitojen hallintastrategiat paremmaksi, kuin sairaanhoitajat, joilla oli AMK tutkinto, jotka arvioivat edellä mainitut taidot heikommaksi (ka 2,35). Taustamuuttujalla muu koulutus/ täydennyskoulutus todettiin olevan melkein merkitsevä yhteys ristiriitojen hallintaan ($p = 0,039$). Ammatillisen täydennyskoulutukseen käyneet sairaanhoitajat (ka 2,71) arvioivat käsittelevänsä ristiriitatilanteita paremmin, kuin korkeasteen tutkinnon suorittaneet sairaanhoitajat (ka 2,00). Palveluyksiköiden vertailussa ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja. Sydänsairaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 2,58) suhtautuivat myönteisemmin ristiriitojen hallintaan, kuin lasten kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 2,47). Työkokemuksella nykyisessä työyksikössä ja ristiriitojen käsittelyllä ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää eroa ($p = 0,229$). Sairaanhoitajilla, jotka olivat työskennelleet samassa yksikössä yli 30 vuotta (ka 3,00) hallitsivat ristiriitatilanteet paremmin, kuin 20–30 vuotta työskennelleet sairaanhoitajat (ka 2,33). Myös 11–19 (ka 2,97) vuotta samassa yksikössä työskennelleet suhtautuivat myönteisemmin ristiriitojen hallintaan. Tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys oli taustamuuttujan työkokemus terveydenhuollossa yhteensä ja ristiriitojen hallinnan välillä ($p = 0,029$). Sairaanhoitajat, jotka olivat työskennelleet

terveydenhuoltoalalla 11–19 vuotta (ka 2,91), käsittelivät ristiriitatilanteita paremmin, kuin 20–30 (ka 2,26) vuotta alalla työskennelleet. Työsuhteenmuodolla ja työaikamuodolla ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä ristiriitojen hallintaan. Määräaikaisessa työsuhteessa olevat sairaanhoitajat (ka 2,59) suhtautuivat kuitenkin hieman myönteisemmin ristiriitojen hallintaan, kuin vakituisessa työsuhteessa olevat (ka 2,52). (Taulukko 10.)

Taustamuuttujat ja kommunikaatio

Taustamuuttujilla ja kommunikaatiolla ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Yli 41 -vuotiaat sairaanhoitajat (ka 2,62) olivat enemmän samaa mieltä kommunikaation avoimuudesta ja ryhmän sisäisestä tarkkuudesta. Ammattinimikkeistä AMK sairaanhoitajat (ka 2,62) arvioivat kommunikaation paremmaksi, kuin lastensairanhoitajat (ka 2,47). Lisäkoulutuksella ja palveluyksiköllä ei ollut havaittavissa suuria eroja kommunikaation summamuuttujaan. Sydänsairaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 2,64) arvioivat kommunikaation hieman paremmaksi, kuin lasten kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 2,57). Työkokemuksella nykyisessä työyksikössä (ka 2,57–2,62) ja kommunikaatiolla ei todettu olevan tilastollista merkitsevää yhteyttä. Pientä hajontaa oli kuitenkin nähtävissä, yli 30 vuotta nykyisessä työyksikössä työskentelevillä, jotka arvioivat kommunikaation parhaimmaksi (ka 2,62). Alle kaksi vuotta (ka 2,57) ja 20–30 vuotta (ka 2,60) terveydenhuolto alalla työskennelleet sairaanhoitajat arvioivat kommunikaation heikommaksi, kuin muut. Samalla vakituisessa palvelusuhteessa (ka 2,62) ja päivätyössä (ka 2,68) olevat sairaanhoitajat arvioivat kommunikaation paremmaksi, kuin määräaikaisessa palvelusuhteessa (ka 2,53) ja vuorotyössä (ka 2,58) työskentelevät. (Taulukko 10.)

Taustamuuttujat ja jaettu prosessi

Taustamuuttujista vain työsuhteen muodolla ($p=0,043$) todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys summamuuttujaan. Vakituisessa palvelusuhteessa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 3,41) arvioivat jaetun prosessin paremmaksi. He kokivat, että heillä on päätös- ja vaikutusvaltaa työssään. Lisäksi he arvioivat, että yksiköissä on yhteiset päämäärät ja tavoitteet. Määräaikaisessa palvelusuhteessa olevat sairaanhoitajat arvioivat jaetun prosessin heikommaksi (ka 3,22). Lisäksi päivätyössä olevat sairaanhoitajat (ka 3,49) kokivat,

että heillä on päätös- ja vaikutusvaltaa työssään, kun taas jaksotyössä olevat sairaanhoitajat (ka 3,34) eivät suhtautuneet asiaan ihan yhtä myönteisesti ($p=0,080$). Yli 41-vuotiaat (ka 3,41) arvioivat summamuuttujan ”jaettu prosessi”, paremmaksi kuin nuoremmat sairaanhoitajat (ka 3,29–3,37). Iällä, sairaanhoitajien ammattinimikkeellä ja täydennyskoulutuksella ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä jaettuun prosessiin. Sen sijaan pientä hajontaa oli havaittavissa palveluyksiköiden välillä, jossa lasten kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 3,40) arvioivat heillä olevan päätös- ja vaikutusvaltaa sekä yhteisiä tavoitteita hiukan enemmän, kuin sydänsairaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 3,31). Yksikössä oloaika vaikutti myös päätösvaltaan. Yli 20 vuotta työyksikössä (ka 3,50) työskennelleet arvioivat autonomian korkeammaksi, kuin vähemmän aikaa työyksikössä olleet. Sairaanhoitajilla, joilla oli pitkä työkokemus terveydenhuolto alalta yhteensä (yli 30 v) arvioivat myös autonomian ja vaikutusvallan paremmaksi (ka 3,52), kuin alle kaksi vuotta terveydenhuolto alalla olleet (ka 3,15), jotka arvioivat päätöksenteon ja auktoriteetin heikommaksi. (Taulukko 10.)

Taustamuuttujat ja koordinaatio

Sairaanhoitajien iällä ja summamuuttujalla ”koordinaatio” ei ollut tässä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Yli 41-vuotiaat (ka 3,14–3,20) arvioivat kuitenkin koordinaation paremmaksi, kuin nuoremmat (ka 2,91–3,10) sairaanhoitajat. Ammattinimikkeellä ja täydennyskoulutuksella ei todettu olevan merkitsevää yhteyttä summamuuttujaan. Lasten kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 3,12) ilmoittivat koordinaatio osa-alueen paremmaksi, kuin sydänsairaiden kanssa työskentelevät (ka 3,05). Samassa yksikössä pitempään työskennelleet sairaanhoitajat (yli 20 vuotta, ka 3,27–3,30) kokivat muun muassa koordinaation vahvemaksi, kuin vähän aikaa osastolla työskennelleet (ka 2,96–3,10). Samankaltaisia tuloksia todettiin olevan terveydenhuoltoalan työkokemuksella. Vakituksessa palvelusuhteessa (ka 3,12) olevat arvioivat koordinaation paremmaksi, kuin määräaikaissä palvelusuhteessa työskentelevät (ka 3,01). Päinvastainen tulos todettiin työaikamuodon suhteen, jossa jaksotyössä olevat sairaanhoitajat (ka 3,10) arvioivat koordinaation korkeammaksi, verrattuna päivätyötä tekeviin (ka 3,03). (Taulukko 10.)

Taustamuuttajat ja ammatillisuus

Ainoastaan sairaanhoitajan ammattinimikkeellä todettiin olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ammatillisuuteen ($p=0,029$). AMK sairaanhoitajat (ka 3,34) arvioivat sairaanhoitajien välillä vallitsevan molemminpuolista kunnioitusta ja yhteistyöhalukkuutta. Lisäksi he arvioivat kliinisen osaamisen, ohjauksen ja johtajuuden paremmaksi, kuin lastensairaanhoitajat (ka 2,95) ja muut sairaanhoitajat (ka 3,28). Ammatillisuudella ja iällä ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Eniten samaa mieltä väittämien kanssa olivat alle 30-vuotiaat (ka 3,40), jotka arvioivat ammatillisuuden paremmaksi, kuin sitä vanhemmat sairaanhoitajat (ka 3,21–3,27). Myös AMK erikoistumisopinnot (ka 3,25) suorittaneet sairaanhoitajat arvioivat ammatillisuuden paremmaksi, kuin muut lisäkoulutuksen saaneet. Palveluysiköistä sydänsairaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat (ka 3,36) arvioivat ammatillisuuden paremmaksi, kuin lasten kanssa työskentelevät (ka 3,21). Myönteisemmin summamuuttujaan vastasivat sairaanhoitajat, jotka olivat työskennelleet samassa yksikössä joko yli 30 vuotta (ka 3,35) tai alle kaksi vuotta (ka 3,32). Terveystieteiden työkokemuksella (3,13–3,37) ja ammatillisuudella ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Pientä hajontaa todettiin olevan ikäryhmässä 20–30 (ka 3,13), jossa arvioitiin ammatillisuus heikommaksi. Palvelusuhteella ei ollut merkitsevää yhteyttä ammatillisuus osa-alueessa. Sen sijaan päivätyötä (ka 3,38) tekevien todettiin suhtautuvan myönteisemmin ammatillisuuteen, verrattuna jaksotyötä tekeviin sairaanhoitajiin (ka 3,26). (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Sairaanhoitajien taustamuuttujien yhteys yhteistyön osa-alueisiin.

Sairaanhoitajien taustatiedot	Ristiriitojen hallinta		Kommuni-kaatio		Jaettu prosessi		Koordinaatio		Ammatillisuus	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh
<u>Ikä</u>	p=,530		p=,825		p=,494		p=,161		p=,488	
alle 30 v	2,33	,873	2,56	,310	3,37	,365	3,10	,369	3,40	,394
30–40 v	2,45	,787	2,57	,276	3,29	,323	2,91	,430	3,21	,376
41–51 v	2,62	,813	2,62	,287	3,42	,407	3,14	,540	3,27	,559
yli 51	2,62	,913	2,62	,269	3,41	,320	3,20	,539	3,23	,438
<u>Ammatti</u>	p=,065		p=0,250		p=,971		p=,823		p=,029*	
sairaanhoitaja	2,73	,704	2,59	,302	3,37	,391	3,04	,503	3,28	,497
sairaanhoitaja AMK	2,35	,937	2,62	,261	3,38	,341	3,10	,451	3,34	,415
lastensairaanhoitaja	2,44	,648	2,47	,294	3,35	,387	3,07	,609	2,95	,453
<u>Muu koulutus/ täydennyskoulutus</u>	p=,039*		p=,889		p=,843		p=,686		p=,846	
korkea-asteen tutkinto	2,00	,837	2,55	,268	3,42	,321	3,08	,507	3,19	,436
ammattillinen	2,71	,714	2,58	,264	3,36	,416	2,99	,504	3,17	,496
täydennyskoulutus AMK	2,55	,832	2,54	,336	3,42	,380	3,12	,518	3,25	,547
erikoistumisopinnot										
<u>Palveluyksikkö</u>	p=,500		p=,235		p=,210		p=,438		p=,112	
sydänsairaiden kanssa työskentelevät	2,58	,839	2,64	,285	3,31	,382	3,05	,476	3,36	,485
lasten kanssa työskentelevät	2,47	,847	2,57	,285	3,40	,355	3,12	,484	3,21	,464
<u>Työkokemus nykyisessä yksikössä</u>	p=,229		p=,988		p=,449		p=,340		p=,740	
alle 2	2,45	,877	2,57	,244	3,32	,411	2,96	,492	3,32	,418
2–10	2,48	,781	2,61	,296	3,39	,325	3,10	,428	3,28	,451
11–19	2,97	,499	2,61	,293	3,28	,401	3,05	,498	3,11	,468
20–30	2,33	1,07	2,60	,370	3,51	,301	3,27	,645	3,26	,656
yli 30	3,00	,606	2,62	,000	3,50	,707	3,30	,424	3,35	,303
<u>Työkokemus yht. terveydenhuoltoalalla</u>	p=,029*		p=,186		p=,318		p=,770		p=,298	
alle 2	2,63	,910	2,43	,327	3,15	,421	3,13	,354	3,22	,406
2–10	2,44	,853	2,62	,280	3,41	,302	3,03	,450	3,35	,420
11–19	2,91	,502	2,66	,290	3,36	,348	3,03	,535	3,33	,483
20–30	2,26	,879	2,54	,279	3,36	,422	3,14	,533	3,13	,517
yli 30	2,79	,884	2,67	,210	3,52	,360	3,23	,483	3,37	,417
<u>Työsuhteen muoto</u>	p=,737		p=,177		p=,043*		p=,349		p=,875	
vakainainen palvelusuhde	2,52	,841	2,62	,279	3,41	,348	3,12	,457	3,30	,456
määräaikainen palvelusuhde	2,59	,834	2,53	,250	3,22	,402	3,01	,482	3,28	,357
<u>Työaikamuoto</u>	p=,971		p=,104		p=,080		p=,551		p=,257	
päivätyö	2,53	,925	2,68	,241	3,49	,308	3,03	,552	3,38	,407
jaksotyö/ vuorotyö	2,52	,814	2,58	,291	3,34	,374	3,10	,457	3,26	,465

Ka= keskiarvo. Kh= keskihajonta. Asteikko 1–4; 1= täysin eri mieltä ja 4= täysin samaa mieltä. Mitä korkeampi keskiarvo, sen paremmin toteutui. Keskiarvotestinä käytetty yksisuuntaista varianssianalyysia (ANOVA) ja T-testiä. p= tilastollisesti melkein merkittävä taso: $p < 0,05^*$, tilastollisesti merkittävä taso: $p < 0,01^{**}$, tilastollisesti erittäin merkitsevä taso $p < 0,001^{***}$.

6. POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

6.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien välistä yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä tarkastella taustamuuttujien yhteyttä yhteistyöhön. Tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen Vetovoimainen ja turvallinen sairaala hanketta. Tutkimuksen kysymyksillä etsittiin vastaustauksia yhden yliopistollisen sairaalan sydänsairaiden ja lasten kanssa työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiin sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä.

6.1.1 Sairaanhoitajien välinen yhteistyö sairaalassa

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat yhteistyötä NNC – mittarin osa-alueiden näkökulmasta. Yhteistyön osa-alueet ovat ristiriitojen hallinta, kommunikaation, jaetun prosessi, koordinaation ja ammatillisuus.

Tämän tutkimuksen sairaanhoitajat arvioivat sairaanhoitajien välisen yhteistyön sairaalassa kokonaisuudessa hyväksi. Sairaanhoitajista suurin osa suhtautui myönteisesti ristiriitojen hallintaan. Heidän mielestä ryhmän sisäinen ongelmaratkaisustrategia oli hyvä. Sairaanhoitajien mukaan ristiriitatilanteita tarkastellaan huolellisesti ja yhdessä työskennellään parhaimman ratkaisun saavuttamiseksi. Sairaanhoitajista 75 % arvioi, että ristiriidat pyritään ratkaisemaan. Nämä tulokset eivät ole täysin yhtenevät Mahonin ja Nicoteran (2011) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimukseen kanssa, jossa todettiin, että sairaanhoitajat eivät yleensä kohtaa ristiriitatilanteita, vaan kokevat tilanteet negatiiviseksi ja välttävät vastaavia tilanteita. Toisaalta sairaanhoitajat, jotka kohtasivat ristiriitatilanteita, tekivät sen rakentavasti. Duddle ja Boughton (2007) raportoivat myös vastaavia tuloksia tutkimuksessaan, jossa sairaanhoitajat kertoivat välttävän pääasiassa ristiriitatilanteita. Heidän tutkimuksessaan sairaanhoitajat totesivat, että raivokohtauksia esiintyi sairaanhoitajien keskuudessa. Kohtaukset pitivät sisällään vahvoja tunteita, kuten huutamista, kiroilua ja itkua. Kokeneet sairaanhoitajat eivät ottaneet kohtauksia henkilökohtaisesti ja pystyivät näin jatkamaan työtään aivan kun mitään ei olisi tapahtunut. (Duddle & Brighton, 2007.) Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajasta 78 % arvioi, että erimielisyydet käsiteltiin, eikä niiden odotettu häviävän itsestään.

Sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen tärkeys on nähtävissä tässä tutkimuksessa. Suurin osa sairaanhoitajista koki, että kommunikointi toisten sairaanhoitajien kanssa on helppoa ja miellyttävää. Melkein kaikki sairaanhoitajat (99 %) totesivat, että kollegoilta on helppo kysyä neuvoa. Kolme neljästä sairaanhoitajasta piti sairaanhoitajien välistä tiedonkulkua hyvänä. Tässä tutkimuksessa lähes kaikki sairaanhoitajat (94 %) arvioivat saavansa harvoin väärää tietoa kollegoilta, mikä osoittaa vahvaa luottamusta omaan ammattikuntaan. Nämä tutkimustulokset ovat yhdensuuntaiset Meltzerin ym. (2008) tutkimustuloksiin, jossa todettiin, että sairaanhoitajat konsultoivat ensisijaisesti toisiaan vaikeissa hoitotilanteissa.

Jaetun prosessin liittäminen sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön oli haasteellista. Melkein kaikki sairaanhoitajat (97 %) ilmoittivat tekevänsä itsenäisiä päätöksiä sekä osallistuvansa päätöksentekoon. Zangaron ja Soeken (2007) tehdyssä meta-analyysissä mainittiin, että työtyytyväisyys ja autonomia korreloivat vahvemmin keskenään, joka voi johtua siitä, että tänä päivänä korostetaan hoitotyön autonomiaa. Lisäksi he toteavat, että varsinkin nuoremmat sairaanhoitajat haluavat lisätä autonomiaa. Tämä tutkimus osoitti, että sairaanhoitajat arvioivat heillä olevan päätösvaltaa ja autonomiaa koskien potilaan hoitoa. He ilmoittivat voivansa keskeyttää toiminnan, joka vaarantaa potilaan tietosuojaa. Lisäksi iso osa sairaanhoitajista ilmoitti osastolla olevan yhteiset tavoitteet ja päämäärät potilaan kivunhoidossa. Utriasen ym. (2009) tutkimuksen mukaan yhteiset päämäärät, tavoitteet, osallisuus sekä yksilöllisyys ja yhteisöllisyys korostuvat sairaanhoitajien välisessä yhteistyössä. Jaetun prosessin ymmärtäminen oli koettu vaikeaksi puuttuvien vastausten määrän perusteella.

Näyttöön perustuvaa toimintaa korostetaan tämän päivän hoitotyössä. Silti ainoastaan vähän yli puolet sairaanhoitajista totesi osastolla olevan kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Latimerin ym. (2009) tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että yhteistyö tukee esimerkiksi näyttöön perustuvaa kivunhoitoa, joka johtaa parempiin hoitotuloksiin.

Sairaanhoitajista kuitenkin 85 % oli sitä mieltä, että toimintaohjeita ja ohjeistuksia hoidon järjestelyistä löytyi osastolta. Kolme neljästä sairaanhoitajasta arvioi pitävänsä hoitopalaveria tarvittaessa. Enemmistö sairaanhoitajista ilmoitti puhuvansa suoraan toisilleen potilashoitoon liittyvistä asioista. Iso osa tämän tutkimuksen sairaanhoitajista arvioi, että yksikön sairaanhoitajat suhtautuvat kunnioittavasti toisiinsa ja ovat halukkaita työskentelemään toistensa kanssa. Lisäksi melkein kaikki sairaanhoitajat arvioivat, että yksikön sairaanhoitajilla on riittävä tieto asiakkaiden lääkityksestä sekä sairauden kulusta. Tekniset

taidot turvallisen hoidon järjestämiseksi arvioitiin myös hyväksi. Sairaanhoitajat totesivat, että yksikössä ohjataan vähemmän kokeneita sairaanhoitajia. Latham ym. (2008) tutkimuksessa todettiin, että ohjauksella ja mentoroinnilla on myönteinen vaikutus sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön ja työtyytyväisyyteen. Yhteistyö, toisten tukeminen ja auttaminen paransivat molemminpuolista arvostusta. Tämän tutkimuksen sairaanhoitajista (81 %) arvioi saavansa tukea hoitotyön johdolta.

6.1.2 Sairaanhoitajien yhteistyöhön liittyvät taustamuuttujat

Taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön tarkasteltiin yhteistyön osa-alueiden näkökulmasta. Taustamuuttujista ammattinimikkeellä, täydennyskoulutuksella, työkokemuksella yhteensä terveydenhuoltoalalla ja työsuhteen muodolla oli yhteys sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että sairaanhoitajat, joilla oli AMK tutkinto, arvioivat ammatillisuuden paremmaksi, kuin muut sairaanhoitajat. Voidaan olettaa, että uudempi sairaanhoitajakoulutus (AMK) korostaa sairaanhoitajien ammatillisuutta. Tämän tutkimuksen mukaan täydennyskoulutuksella oli vaikutus siihen, miten ristiriitatilanteita hoidetaan. Täydennyskoulutuksen (avoimen yliopiston opinnot/ ammatillinen koulutus) käyneet sairaanhoitajat arvioivat hallitsevansa ristiriitatilanteita paremmin, kuin muun lisäkoulutuksen saaneet (ylempi korkea-asteen koulutus/YAMK, yliopistotutkinto/AMK erikoistumisopinnot). Vastaavasti työkokemuksella terveydenhuollossa yhteensä ja ristiriitojen hallinnalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys. Duddlen ja Boughtonin (2007) tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien väliset ristiriitatilanteet ovat osa työelämää. Ongelmatilanteet ovat ajoittain haasteellisia kaikille sairaanhoitajille, mutta kokeneet sairaanhoitajat ovat usein oppineet välttämään ristiriitatilanteita. (Duddle & Boughton, 2007.) Voidaan ajatella, että täydennyskoulutus ja pidempi työkokemus antaa eväitä kohdata erilaisia ristiriitatilanteita. Lisäksi pidempi työkokemus auttaa mahdollisesti tunnistamaan ongelmatilanteita. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että työsuhdemuodolla on melkein merkitsevä yhteys jaettuun prosessiin. Vakituksessa palvelusuhteessa olevat sairaanhoitajat arvioivat päätösvalan ja yhteiset päämäärät korkeammaksi, kuin määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät. Tämä on luonnollista ajatellen määräaikaisessa työsuhteessa olevien eripituisia sijaisuuksia. Vakituinen palvelusuhde kannustaa mahdollisesti osallisuuteen ja tukee päätösvaltaa. Määräaikaisessa

työsuhteessa olevat sairaanhoitajat, eivät mahdollisesti ole yhtä sitoutuneita yhteisiin päämääriin ja tavoitteisiin.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Hoitotieteellisissä kvantitatiivisissa tutkimuksissa tulosten luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti viittaa siihen, onko tulokset yleistettävissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008.) Tämän tutkimuksen validiteettia heikentää mahdollisesti se, että tutkimus on suoritettu yhdessä sairaalassa, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä.

Sisäinen validiteetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta, jossa tarkastellaan mittaako mittari sitä mitä sen oli tarkoitus mitata sekä onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Tässä tutkimuksessa pilotoitiin uusi kansainvälinen yhteistyömittari, joka muodostui viidestä yhteistyötä mittaavasta osa-alueesta. Osa-alueet ovat ristiriitojen hallinta, kommunikaatio, jaettu prosessi, koordinaatio ja ammatillisuus. Tutkija on perehtynyt tutkimukseen liittyviin käsitteisiin kirjallisuuskatsauksen kautta. Tutkimuksen sisäistä validiteettia on pyritty vahvistamaan kyselylomakkeen esitestauksella. Tässä tutkimuksessa käytettyä suomennettua mittaria on ennen varsinaista tutkimusta esitestattu pienemmälle ryhmälle. Mittarin esitestaus parantaa mittarin luotettavuutta (Burns & Grove, 2008). Esitestauksen yhteydessä mittarin loppuun lisättiin avoin kysymys, johon vastaajalla oli mahdollisuus kommentoida mittarin ymmärrettävyyttä. Esitestauksen avulla saatiin arvokasta tietoa mittarin toimivuudesta ja ehdotuksia tarvittavista muutoksista. Mittaria selkeytettiin palautteen perusteella. Esitestaaminen on erityisen tärkeää, kun käytetään uutta kansainvälistä mittaria (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Väittämien uudelleen muotoilusta huolimatta tutkimustuloksissa oli havaittavissa enemmän puuttuvaa tietoa tiettyjen väittämien kohdalla, joka viittaa siihen, että väittämien ymmärrettävyydessä oli edelleen ongelmia.

Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimella. Alfa-arvo osoittaa myös mittarin sisäisen luotettavuuden. Tässä tutkimuksessa summamuuttujien alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,40- 0,87. Hyväksyttävä alfa-arvo tulisi olla vähintään 0,70

(Polit & Beck, 2008). Matala alfa-arvo, voi osoittaa muuttujan mittaavan ilmiötä heikosti. Yhteistyömittarin suomennos on mahdollisesti voinut vaikuttaa mittarin luotettavuuteen. Alkuperäisen mittarin kokonais- alfa-arvo oli 0,89 (Dougherty & Larson, 2010). Ristiriitojen hallinta sai alkuperäisessä mittarissa alfa-arvon 0,76, kun arvo suomennetussa mittarissa oli 0,87. Kommunikaation osa-alueen alfa-arvo oli alkuperäisessä mittarissa 0,66, kun se oli tässä 0,79. Jaettu prosessi sai tässä tutkimuksessa alfa-arvon 0,71 ja alkuperäisessä alfa-arvo oli 0,81. Vastaavasti koordinaatio sai tässä tutkimuksessa alfa-arvon 0,40 ja alkuperäisessä tutkimuksessa arvo oli 0,81. Ammatillisuuden alfa-arvo oli alkuperäisessä mittarissa 0,90 ja tässä tutkimuksessa alfa-arvo oli 0,82.

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen eli mittarin kykyä tuottaa ei- sattumanvaraisia tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Tämän tutkimuksen reliabiliteettiin on ehkä vaikuttanut se, että tutkimusajankohta sijoittui osittain lomien aikaan, joka on voinut vaikuttaa vastausprosenttiin. Lisäksi kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Tekniset ongelmat kyselyn jakamisessa on voinut aiheuttaa katoa vastaajissa; kyselyn linkki ei auennut kaikille yhtäaikaaisesti. Osaston ilmapiiri on myös saattanut vaikuttaa vastauksiin. Samanaikaiset kyselyt on mahdollisesti vähentänyt vastausmotivaatiota ja alentanut vastausprosenttia. Toisaalta kyselylomake oli lyhyt ja nopea vastata. Sähköisen kyselyn vastausprosentti oli 44,8, jota voidaan pitää hyvänä. Polit ja Beckin (2008) mukaan vastausprosentti, joka ylittää yli 65 on riittävä moneen tarkoitukseen, mutta käytännössä vastausprosentti on yleensä alle tämän.

Tarvittavia tieteellisiä artikkeleita aiheesta sairaanhoitajien välinen yhteistyö löytyi kohtalaisen vähän. Lisäksi artikkeleiden valinnan suoritti yksi henkilö, mikä saattaa heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Luotettavuutta on voinut vielä heikentää se, onko tiedonhakua suoritettu juuri oikeilla sanoilla tai sanayhdistelmillä. Aineiston valinta perustui ensivaiheessa artikkeleiden otsikoihin ja näin on mahdollista, että jokin olennainen tutkimus on jäänyt katsauksesta pois.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen aihevalinta perustui omaan aikaisempaan työkokemukseen sairaanhoitajana eri työyksiköissä sekä kokemuksiini tiimivastaavana useamman vuoden aikana. Tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä on tutkijan tietoisuuden mukaan vähän, joten aihevalinta oli perusteltua ja tärkeää.

Tulosten uskottavuuden ja luotettavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, joka tarkoittaa tutkijalta rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta (Etene, 2002). Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Omia toimintatapoja ja tutkimukseen liittyvää eettisyyttä on pohdittu ja arvioitu erilaisista näkökulmista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009).

Nykypäivän tutkimus tulee olla korkealaatuista ja luotettavaa, sillä tutkimustuloksia hyödynnetään yhteiskunnassa yhä enemmän. Etiikka perustelee hyviä ja oikeita tapoja toimia.(Pirttilä, 2008.) Hoitotieteellinen tutkimus tulee perustua tutkimuksen hyödyllisyyteen, ihmisarvon kunnioittamiseen ja oikeudenmukaisuuteen (Polit & Beck, 2008). Tämän tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tutkittavien anonymiteetti, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Polit & Beck, 2008).

Tätä tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa ylihoitajalta organisaation omalla tutkimuslupahakemuksella. Lisäksi haettiin henkilöstöpäälliköltä tutkimuslupa. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liite 1) kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, vapaaehtoisuudesta sekä luottamuksellisuudesta. Saatekirjeessä oli myös tutkijan yhteystiedot, johon kyselyyn vastaajat pystyivät ottamaan tarvittaessa yhteyttä (Polit & Beck, 2008). Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tässä tutkimuksessa tietoiseksi suostumukseksi oli tulkittu kyselylomakkeen täyttäminen. Vastaajat pystyivät keskeyttämään kyselyyn vastaamiseen näin halutessaan. Vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti siten, ettei yksittäistä vastaajaa voitu tunnistaa. Tutkimuksessa ei myöskään tule ilmi tutkimusorganisaatioita tai palveluyksikköä. Aineiston tallentamisen jälkeen aineisto säilytetään Itä-Suomen yliopiston ohjeiden mukaan. Aineiston jatkokäytöstä ja arkistoinnista säätelee muun muassa henkilötietolaki ja arkistolaki (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Tutkimustulokset tulee raportoida tarkasti ja rehellisesti.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien välistä yhteistyötä. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoitajien väliseen yhteistyöhön. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä siihen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta sairaanhoitajien välinen yhteistyö sairaalassa hyväksi. Sairaanhoitajien käsitykset yhteistyöstä olivat myönteiset. Tutkimustulokset ovat tärkeitä ajatellen hoitoalan vetovoimaisuutta.
2. Taustamuuttujista ammattinimikkeellä ja ammatillisuudella on yhteys sairaanhoitajien yhteistyöhön, joka viittaa siihen, että korkeampi koulutus vahvistaa sairaanhoitajien ammatillisuutta. Täydennyskoulutuksella ja työkokemuksella terveydenhuollossa yhteensä näyttää olevan melkein merkitsevä yhteys ristiriitojen hallintaan. Tästä voidaan päätellä, että lisäkoulutus ja pidempi työkokemus tukevat sairaanhoitajia hallitsemaan ongelmatilanteita. Samalla voidaan todeta, että työsuhteen muodolla on merkitystä sairaanhoitajien päätösvaltaan ja autonomiaan. Vakituksessa palvelusuhteessa olevilla sairaanhoitajilla on parempi käsitys päätösvallasta ja yhteisistä päämääristä.
3. Tutkimustulokset osoittivat vuorovaikutustaitojen tärkeyden. Sairaanhoitajien keskinäinen kommunikaatio arvioitiin hyväksi. Kommunikaatiolla on keskeinen merkitys hoitotyön onnistumisessa sekä yhteisöllisyyden kannalta. Hyvä yhteistyö ja yhteisöllisyys perustuvat luottamukseen ja vastavuoroisuuteen. Sujuva yhteistyö vaikuttaa työhyvinvointiin.
4. Sairaanhoitajien koulutuksessa tulee jatkossakin panostaa vuorovaikutus- sekä yhteistyötaitoja. Erityisesti hoitohenkilökunnan keskinäisiin kommunikaatiotaitoihin tulee kiinnittää huomiota.

5. Ristiriitatilanteilla voi olla myönteinen sekä kielteinen vaikutus työyhteisöön. Sairaanhoitajilla tulee olla selvät toimintaohjeet, miten toimia ristiriitatilanteissa. Ongelmatilanteita tulee ennakoida ja selvittää.

6.5 Jatkotutkimushaasteet ja tutkimustulosten hyödyntäminen

Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa. Sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä on kuitenkin vielä niukasti tietoa ja aihetta tulisikin tutkia lisää. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien välisen yhteistyön kehittämisessä. Lisäksi tutkimustuloksia on mahdollista käyttää arvioitaessa sairaanhoitajien välistä yhteistyötä työpaikalla sekä suunniteltaessa henkilöstön koulutuksia. Tietoa pystytään edelleen käyttämään hyväksi kun rekrytoidaan uutta henkilöstöä.

Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen selvittää sairaanhoitajien välistä yhteistyötä laajemmassa toimintaympäristössä. Lisäksi olisi mielenkiintoisaa selvittää sairaanhoitajien yhteistyön merkitystä muun muassa työhyvinvointiin, hoitotyön laatuun ja lääkityspoikkeamiin. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä saataisiin sisällöllisesti monipuolisempaa ja laajempaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista yhteistyöstä.

NNC- mittari soveltuu tällaisenaan paremmin teho/ ensihoitoon. Mittaria voisi kehittää edelleen, niin, että se palvelisi paremmin kaikkia sairaanhoitajia eri toimintaympäristössä.

LÄHTEET

- Apker, J., Propp, K., Zawaba Ford, W. & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22, 3, 180–189.
- Barrett, A., Piateck, C., Korber, S. & Padula, C. (2009). Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nursing Administration Quarterly*, 33, 4, 342–351.
- Burns, N. & Grove, S. (2005). *The practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization* (5. painos). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chang, W-Y., Ma, J-C., Chiu, H-T., Lin, K-C. & Lee, P-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1946–1955.
- Daly, G. (2004). *Understanding the barriers to multiprofessional collaboration*. Haettu 16.11.2010 osoitteesta <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/understanding-the-barriers-to-multiprofessional-collaboration/204513.article>
- DiMeglio, K., Padula, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., Lucas, S., Piermont, N., Joyal, E., DeNicola, V. & Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team- building approach. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110–120.
- Dougherty, M. B. & Larson, E. L. (2010). The Nurse- Nurse Collaboration Scale. *The Journal Of Nursing Administration*, 40(1), 17–25.
- Dougterty, M. B. & Larson, E. L. (2005). A review of instruments measuring nurse -physician collaboration. *The Journal of Nursing Administration*, 35 (5), 244–253.
- Duddle M. & Boughton M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29–37.

- Duddle, M. & Boughton, M. (2008). Development and psychometric testing of the Nursing Workplace Relational Environment Scale (NWRES). *Journal of Clinical Nursing*, 18, 902–909.
- Estryn-Behar, M., Van der Heiden, B., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P., Fry, C. & Hasselhorn, H-M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45(10), 939–950.
- Etene. (2002). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitleminen*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 5.11.2010 osoitteesta <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>
- Evans, M. (2005). On the job: Nurses reveal most, least enjoyable aspects of work. *Modern Healthcare*, 35 (14), 14–16.
- Fernandez, R., Tran, D., Johnson, M. & Jones, S. (2010). Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. *Journal of Nursing Management*, 18, 265–274.
- Gardner, D. (2005). Ten lessons in collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), 61–74.
- Goldschmidt, KA. & Gordin, P. (2006). A model of nursing care microsystems for a large neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 6(2), 81–88.
- Havens, D., Vasey, J., Gittel, J. & Lin, W-T. (2010). Relational coordination among nurses and other provoders: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18, 926–937.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. (2005). *Voimaantuminen työyhteisön haasteena*. Helsinki: WSOY.
- Henneman, E. (1995). Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 359–363.

- Henneman, E., Lee, J. & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103–109.
- Hess, R., DesRoches, C., Donelan, K., Norman, L. & Buerhaus, P. (2011). Perceptions of nurses in magnet hospitals, non- magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. *The Journal of Nursing Administration*, 41, (7/8), 315–323.
- Hilden, R. (2002). *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Tampere: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2008). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, A., Kvist, T. & Partanen, P. (2009). Sairaanhoitajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö*, 7(2), 21–27.
- Jackson C. (2004). The experience of a good day: a phenomenological study to explain a good day as experienced by a newly qualified RN. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 85–95.
- Jones, T. S. & Fitzpatrick, J. J. (2009). CRNA- Physician collaboration in anesthesia. *American Association of Nurse Anesthetists*, 77(6), 431–436.
- Juuti, P. & Vuorela, A. (2006). *Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kalish, BJ., Curley, M. & Stefanov, S. (2007). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), 77–84.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kantanen, A. (2008). Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairanhoidossa. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Karjalainen. L. (2004). *Tilastomatematiikka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Latham, L. C., Hogan M. & Ringl, K. (2008). Nurses supporting Nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32 (1), 27–39.
- Latimer, M. A., Johnston, C. C., Ritchie, J. A., Clarke, S.P. & Gilin, D. (2009). Factors affecting delivery of evidence- based procedural pain care in hospitalized neonates. *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 38, 182–194.
- Laura, P. (2010). *Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration*. Haettu 21.1.2011 osoitteesta
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=2e459ffb-f99d-4aa4-ab60-e551e093cf28%40sessionmgr115&vid=2>
- Mahon, M. & Nicotera, A. (2011). Nursing and conflict communication. Avoidance as preferred strategy. *Nursing Administration*, 35, (2), 152–163.
- Manias, E. & Street, A. (2000). Nurse- doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 442–450.
- Manojlovich, M. & DeCicco, B. (2007). Healthy work environments, nurse- physician communication, and patient's outcomes. *American Journal of Critical Care*, 16, 536–543.
- Martin, J.S., Ummenhofer, W., Manset, T. & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *The European Journal of medical Sciences, Online Publication*, 4.5.2010
- McCauley, K. & Irwin, S.R. (2006). Changing the work environment in intensive care units to achieve patient- focused care: the time has come. *American Journal of Critical Care*, 15, 541–548.
- McGrail, K. A., Morse, D. S., Glessner, T. & Gardner, K. (2008). “What is found there”: Qualitative analysis of physician- nurse collaboration stories. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (2), 198–204.

- Meltzer, L. J., Steinmiller, E., Simms, S., Grossman, M. (2009). Staff engagement during complex pediatric medical care: The role of patient, family, and treatment variables. *Patient Education and Counselling*, 74, 77–83.
- Metropolia. (2011). Hoitotyön koulutusohjelma. Haettu 4.12.2011 osoitteesta <http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php?rt=index/nuoretJaAikuiset/SHS11S1/31303&lang=fi>
- Metsämuuronen, J. (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus.
- Miettinen, M. (2005). Terveysthuollon innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen*. (toim.) Vuori, J. Helsinki: WSOY.
- Miller, K. & Apker, J. (2002). On the front lines of managed care: professional changes and communicative dilemmas of hospital nurses. *Nursing Outlook*, 50, 154–159.
- Milton, C. (2009). Leadership and ethics in nurse- nurse relationships. *Nursing Science Quarterly*, 22 (2), 116–119.
- Mäkisalo, M. (2003). *Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin*. Tampere: Tammi.
- Nayeri, D., N. & Negarandeh, R. (2009). Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 7(25).
- Nelson, G. A., King, M. I. & Brodine, S. (2008). Nurse- physician collaboration on medical-surgical units. *Medical Surgical Nursing*, 17(1), 35–40.
- Paasivaara, L. & Nikkilä, J. (2010). *Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia*. Helsinki: Kirjapaja.

- Paukkunen, L. (2003). Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen: koulutuskokeilun arviointitutkimus. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Haettu 21.1.2011 osoitteesta <http://www.uku.fi.ezproxy.uef.fi:2048/vaitokset/2003/isbn951-781-942-0.pdf>
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola K. (2001). *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY
- Pirttilä, T. (2008). Tutkimuseettiset toimikunnat - toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies- Antikainen, H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. (Yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45). Hoitotieteen laitos. Kuopio Yliopisto.
- Pietilä, A-M. (2010). *Terveyden edistäminen*. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro.
- Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8. painos). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puntillo, K. & McAdam, J. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine*, 34(11), 332–340.
- Reeves, S., Rice, K., Conn Gotlib, L., Miller, K-L., Kenaszkuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633–645.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Gotlib Conn, L., Kenaszkuk, C. & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communication: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 350–361.
- Robinson, P. F., Gorman, G., Slimmer, L. W. & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse- physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45 (3), 206–216.

Rowe, M. & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13, 242–248.

Sairaanhoitajaliitto. (1996). *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. Haettu 16.11.2010 osoitteesta http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M-C. & Lancot, S. (2010). Exploring Nurses' Perception of Organizational Factors of Collaborative Relationships. *The Health Care Manager*, 29,(3), 271–278.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). *Työympäristö ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:13. Haettu 27.9.2011 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16254.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). *Terveysturvallisuuslaki. Yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollolle ja erikoissairanhoidolle*. Haettu 18.11.2010 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-11705.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009). *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki. Haettu 20.10.2010 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

Stein-Parbury, J. & Liaschenko, J. (2010). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16 (5), 470–478.

- Sullivan, T. (1998). *Collaboration: a health care imperative*. Haettu 19.11.2010 osoitteesta http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=u3_PBgHCX18C&oi=fnd&pg=PR9&dq=definition+of+collaboration+in+health+care&ots=v2gbyu-aa-&sig=vATWxkgPxyBIvwc-KhsnL5YcQLk#v=onepage&q=definition%20of%20collaboration%20in%20health%20care&f=false
- Taylor, B. & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 117–125.
- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse- nurse relationship through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 406–413.
- Taylor, C. L. (2009). Attitudes toward physician- nurse collaboration in anesthesia. *American Association of Nurse Anesthetists*, 77 (5), 343–348.
- Thomson, S. (2007). Nurse-Physician collaboration: A comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. *Medical Surgical Nursing*, 16(2), 87–91.
- Terveyden- ja hyvinvointilaitos.(2007). *Vanhusten laitoshoidon tuloksellisuus ja henkilöstön hyvinvointi (2000- 2007)*. Haettu 20.10.2010 osoitteesta <http://groups.stakes.fi/THP/FI/hankkeet/Hoitova-henkilosto.htm>
- Tourange, A. & Cranley, L. (2005). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497–509.
- Työturvallisuuskeskus. (2011). *Työstressin hallinta*. Haettu 27.9.2011 osoitteesta http://www.ttk.fi/tyoelaman_kehittaminen/tyostressi_hallintaan

- Työterveyslaitos. (2011). *Työyhteisön työhyvinvointi*. Haettu 29.8.2011 osoitteesta
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoyhteison_tyohyvinvointi/sivut/default.aspx
http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/tyoyhteison_ristiriidat_ja_ratkaisut/epaasiallinen_kohtelu_ja_kiusaaminen/sivut/default.aspx
- Työturvallisuuskeskus. (2010). *Hyvä käytös sallittu – epäasiallinen kohtelu kielletty*.
 Elinkeinoelämänkeskusliitto. Haettu 18.2.2011 osoitteesta
http://www.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2010/10_loka/Hyva_kaytos_sallittu.pdf
- Ushiro, R. (2009). Nurse- physician collaboration scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1497–1508.
- Utriainen, K. Kyngäs, H. & Nikkilä, J. (2009). Well- being at work among ageing hospital nurses in northern Finland: a grounded theory study. *International Journal of Circumpolar Health*, 68 (2), 145–157.
- Utriainen, K. (2006). Hoitajien työhyvinvointi: positiivisen hyvinvoinnin lähestymistapa. *Tutkiva Hoitotyö*, 4 (3), 4–9.
- Vazirani, S., Hays, R.D., Shapiro, M.F. & Cowan M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14, 71–77.
- Virtanen, M., Kurvinen, T., Terho, K., Oksanen, T., Peltonen, R., Vahtera, J., Routamaa, M., Elovainio, M. & Kivimäki, M. (2009). Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients. *Medical Care*, 47 (3).
- Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Vetovoimainen ja turvallinen sairaala – tutkimushanke. Uudistuvat tutkimusverkostot. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Yliopisto. Haettu 2.12.2011 osoitteesta <http://www.uef.fi/hoitot/vetovoimainen-ja-turvallinen-sairaala-hanke>

- Whittington, C. (2003). Service users, professionals and the collaborative context. Teoksessa: *Collaboration in Social work practice*. (toim.) Weinstein, J., Whittington, C. & Leiba, T. London & New York. Haettu 19.11.2010 osoitteesta <http://site.ebrary.com.ezproxy.uef.fi:2048/lib/uef/docDetail.action?docID=10064454>
- Wilson, B. & Diedrich, A. (2011). Bullies at work. The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *The Journal of Nursing Administration*, 41 (11), 453–458.
- Work Research Center. Työelämä tutkimuskeskus. (2010). Haettu 4.2.2011 osoitteesta <http://www.uta.fi/laitokset/yti/wrc/tutkimusteemat/hyvinvointi.html>
- Zangaro, G. & Soeken, K. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445–458.

LIITE 1. Saatekirje sairaanhoitajille

HYVÄ SAIRAANHOITAJA

Sairaanhoitajien välisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää, sillä yhteistyöllä on todettu olevan yhteys hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen, työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä on kuitenkin niukasti tutkimustietoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien välistä yhteistyötä sairaalassa heidän itsensä arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa sekä siihen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu vastaamalla nimettömänä oheiseen kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja sen vastaamisessa menee aikaa noin 5-10 minuuttia. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti, siten ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Tutkimuksen jälkeen aineisto tallennetaan Itä-Suomen ohjeiden mukaan. Tutkimuksen ohjaajina toimivat yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist ja professori, TtT, laitoksen johtaja Hannele Turunen.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimukseen liittyen.

Tuija Ylitörmänen
TtM- opiskelija, sh
Itä- Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
ylitorma@student.uef.fi

LIITE 2. Vastaajan taustatiedot

SAIRAANHOITAJIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ
– KYSELYTUTKIMUS SAIRAANHOITAJILLE

Vastaajan taustatiedot:

- | | |
|---|--|
| 1. Sukupuoli | 1. Nainen
2. Mies |
| 2. Ikä ____ vuotta | |
| 3. Ammatti | 1. sairaanhoitaja
2. sairaanhoitaja (AMK)
3. sisätauti- kirurginen sairaanhoitaja
4. psykiatrinen sairaanhoitaja
5. anestesia- ja leikkaussairanhoitaja
6. terveydenhoitaja
7. lastensairanhoitaja
8. apulaisosastonhoitaja |
| 4. Muu koulutus/ täydennyskoulutus | 1. ylempi korkea-asteen tutkinto AMK
2. yliopistotutkinto
3. avoimen yliopiston opinnot
4. ammatillinen täydennyskoulutus
(esimerkiksi haavahoitaja, muistihoitaja
jne.)
5. AMK erikoistumisopinnot |
| 5. Palveluyksikkö | — |
| 6. Työkokemus nykyisessä työyksikössä | __ vuotta |
| 7. Työkokemus terveydenhuollossa yhteensä | __ vuotta |
| 8. Työsuhteen muoto | 1. Vakinainen palvelusuhde
2. Määräaikainen palvelusuhde |
| 9. Pääasiallinen työaikamuoto | 1. Päivätyö
2. Jaksotyö/ vuorotyö |
| 10. Miten hyväksi arvioit sairaanhoitajien välisen yhteistyön työyksikössäsi? | __(1-5; 1= huonoin, 5= paras) |

Kysely sairaanhoitajille sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä sairaalassa

Seuraavien väittämien avulla selvitetään sairaanhoitajien välistä yhteistyötä sairaalassa heidän itsensä arvioimana

Pyydän sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin valitsemalla mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto

I Ristiriitojen hallinta

Ryhmän sisäinen ongelmaratkaisustrategia				
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1.1 Ongelmatilanteissa tarkastellaan kaikkia näkökulmia huolellisesti				
1.2 Kaikki sairaanhoitajat työskentelevät määrätietoisesti saavuttaakseen parhaimman mahdollisen ongelmaratkaisun				
1.3 Ongelmatilanteissa mukana olevat sairaanhoitajat eivät tyydy ratkaisuun, ennen kuin kaikki ovat tyytyväisiä siihen				
Ryhmän sisäisten ongelmien välttämistä				
1.4 Sairaanhoitajat työskentelevät yhdessä ratkaistakseen ristiriidan				
1.5 Kun sairaanhoitajat ovat eri mieltä keskenään, he jättävät huomioimatta koko asian ja teeskentelevät sen häviävän itsestään				
1.6 Sairaanhoitajat vetäytyvät ristiriitatilanteista				
1.7 Sairaanhoitajien väliset erimielisyydet jätetään huomioimatta tai niitä aliarvioidaan				

Kyselylomake jatkuu seuraavalla sivulla.

II Kommunikaatio

Ryhmän sisäisen kommunikoinnin avoimuus				
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
2.1 Minun on helppo puhua avoimesti toisten sairaanhoitajien kanssa				
2.2 Mielestäni sairaanhoitajien välinen kommunikointi on hyvin avointa				
2.3 Koen muiden tämän yksikön sairaanhoitajien kanssa keskustelemisen miellyttäväksi				
2.4 Minun on helppoa kysyä neuvoa tämän yksikön toisilta sairaanhoitajilta				
Ryhmän sisäinen tarkkuus				
2.5 Mieleeni tulee useita kertoja, jolloin olen saanut väärää tietoa tämän yksikön sairaanhoitajilta				
2.6 Minun on usein tarpeen tarkistaa toiselta sairaanhoitajalta saamani tiedon oikeellisuus				
2.7 Tämän yksikön sairaanhoitajien välisessä tiedonkulussa on paljon kehitettävää				
2.8 Minusta tuntuu, että osa sairaanhoitajista ei ymmärrä täysin toiselta sairaanhoitajalta saamansa tietoa				

Kyselylomake jatkuu seuraavalla sivulla.

III Jaetut prosessit

Päätöstenteko ja autonomia				
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
3.1 Kykenen tekemään itsenäisiä päätöksiä				
3.2 Minulla on lupa tehdä itseäni koskevia päätöksiä työssäni (esim. hoitotyön toteuttamisessa)				
3.3 Osallistun päätöksentekoon koskien työtäni				
3.4 Minulla on paljon sanottavaa, siitä mitä tapahtuu potilashoidossa yksikössäni				
Yhteinen päämäärä				
3.5 Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä potilaan kivunhallinnan tavoitteesta yksikössäni				
3.6 Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä osaston potilasturvallisuuden tavoitteista				
Auktoriteetti/ vaikutusvalta				
3.7 Sairaanhoitajat voivat keskeyttää toiminnan, joka vaarantaa potilaan tietosuojan säilymisen				
3.8 Sairaanhoitajat voivat pysäyttää toimenpiteen, joka liittyy keskuslaskimokatetrin käsittelyyn, jos siinä rikotaan siihen liittyviä infektiostandardeja				

Kyselylomake jatkuu seuraavalla sivulla.

IV Koordinaatio

Koordinaatio				
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
4.1 Sairaanhoitajat puhuvat suoraan toisilleen koskien potilashoitoa tässä yksikössä				
4.2 Sairaanhoitajilla on tarpeen mukaan hoitopalaveria koskien potilashoitoa tässä yksikössä				
4.3 Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset näyttöön perustuvasta hoitotyöstä				
4.4 Osastolla on olemassa kirjalliset ohjeistukset ja toimintaohjeet koskien hoidon järjestelyjä				
4.5 Osastolla on säännölliset kierrot				

V Ammatillisuus

Molemminpuolinen kunnioitus				
	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5.1 Sairaanhoitajat suhtautuvat toisiinsa kunnioittavasti ja ystävällisesti tässä yksikössä				
Yhteistyöhalukkuus ja kliininen osaaminen				
5.2 Sairaanhoitajat ovat halukkaita työskentelemään toistensa kanssa tässä yksikössä				
5.3 Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys yksikön potilaille määrätystä lääkkeistä tässä yksikössä				
5.4 Sairaanhoitajilla on riittävä tietämys potilaan/ potilaiden sairauden kulusta tässä yksikössä				

Kyselylomake jatkuu seuraavalla sivulla.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5.5 Sairaanhoidajilla on tarvittavat teknilliset taidot potilaan turvallisen hoidon järjestämiseksi tässä yksikössä				
Ohjaus/ mentorointi				
5.6 Tässä yksikössä kokeneemmat sairaanhoidajat auttavat ja opettavat vähemmän kokeneita				
Johtajuus				
5.7 Tässä yksikössä hoitotyönjohto tukee hoitajien välistä yhteistyötä				

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Apker, J., Propp, K., Zawaba Ford, W. & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 22, (3), 180–189. (USA)	Selvittää sairaanhoitajien kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja hoitotiimeissä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Yksilö- ja ryhmähaastattelut sekä havainnointi. (n=50). Tutkimusaineisto koostui sairaanhoitajista, kliinisistä asiantuntijoista, lääkäreistä, osastonhoitajista ja osastosihteereistä.	Tulosten mukaan sairaanhoitajien vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidot koostuivat neljästä osa- alueesta, jotka olivat: yhteistyö, uskottavuus, myötätunto ja koordinaation. Sairaanhoitajan tulee hallita yhä laajemmat kommunikaatiotaidot.
Chang, W-Y., Ma, J-C., Chiu, H-T., Lin, K-C. & Lee, P-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(9), 1946–1955. (TAIWAN).	Tarkoitus vertailla hoitohenkilökunnan näkemyksiä työhyvinvoinnista, hoitotyön laadusta, yhteistyöstä ja tiimityöstä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Aineisto kerättiin v. 2007 neljästä sairaalasta. (n=1475). Vastausprosentti 52, 2. Otos koostui lääkäreistä, sairaanhoitajista ja muusta hoitohenkilökunnasta.	Sairaanhoitajat käsittivät yhteistyösuhteet positiivisempana. Samalla sairaanhoitajat ilmoittivat tekevänsä vähemmän tiimityötä kuin lääkärit.
Dougherty, M. B. & Larson, E. L. (2010). The Nurse- Nurse Collaboration Scale. <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 40 (1), 17– 25. (USA).	Tarkoitus kehittää ja tutkia uuden mittarin luotettavuutta, The Nurse-Nurse Collaboration Scale (NNC). Hoitajien välinen yhteistyömittari perustuu kirjallisuuskatsaukseen, aikaisempiin mittareihin ja asiantuntija lausuntoihin.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa aineiston keruumenetelmänä oli kyselylomake. Otos koostui ensihoidon sairaanhoitajista. (n=76).	Mittarin Cronbachin alfakerroin oli 0,89. Mittari mittasi lähinnä viisi yhteistyön osa-aluetta, eikä niinkään yhtä laajaa käsitettä.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Dougherty, M. B. & Larson, E. L. (2005). A review of instruments measuring Nurse- Physician Collaboration. <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 35 (5), 244– 253. (USA).	Tarkastella sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä mittaavia mittareita.	Kirjallisuuskatsaus. Haut tehtiin PubMed ja Health and Psychological Instruments tietokantoihin. Tulos 293 artikkelia, joista 18 täytti asetetut kriteerit.	Löytyi viisi mittaria, jotka täyttivät annetut kriteerit: Collaborative Practice Scale, Collaboration and Satisfaction about Care Decisions, The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration, Nurses' Opinion Questionnaire ja ICU MD/ RN Questionnaire. Kirjallisuuskatsauksen mukaan tehohoito-yksikkö on ollut usein tutkimuskohteena. Iso osa yhteistyötutkimuksista on sairaanhoitajien näkökulmasta.
Duddle M. & Boughton M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 59(1), 29–37. (AUSTRALIA).	Tarkoitus kuvata sairaanhoitajien keskinäistä vuorovaikutusta ja selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat vuorovaikutukseen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tapaustutkimus. Tutkimusmenetelmänä olivat haastattelut, keskustelut ja muistiinpanot. Data kerättiin yhden sairaalan kolmelta osastolta. (n=15).	Työympäristö voi olla haasteellinen kokeneille sekä vähemmän kokeneille sairaanhoitajille. Sairaanhoitajat etenevät työyhteisössä neuvottelemalla itsensä läpi askel kerrallaan.
Duddle, M. & Boughton, M. (2008). Development and psychometric testing of the Nursing Workplace Relational Environment Scale (NWRES). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 902–909. (AUSTRALIA).	Tarkoitus oli kehittää ja testata Nursing Workplace Relational Environment (NWRES) mittarin psykometrisia ominaisuuksia.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Mittarin esitestaus sairaanhoitajille (n=150).	Faktorianalyysi indikoi neljän faktorin rakennetta: kollegiaalinen käyttäytyminen, ilmapiiri, ristiriitojen tulokset ja työtyytyväisyys. Tutkimustulokset vahvistavat mittarin luotettavuutta.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
<p>Estry-Behar, M., Van der Heiden, B., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P., Fry, C. & Hasselhorn, H-M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. <i>Medical Care</i>, 45(10), 939– 950. (RANSKA).</p>	<p>Tarkoitus selvittää työympäristön, tiimityön, loppuun palaamisen ja henkilökohtaisten tekijöiden yhteyttä aikomukseen jättää ammatin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely. Osallistujia oli 10:stä Euroopan maista. Kyselyyn osallistui 185 sairaalaa ja yksityisklinikkaa. Sairaanhoitajia (n=18594), erikoissairaanhoitajia (n=3957), osastonhoitajia (n=3256) ja lähihoitajia ja avustavaa henkilökuntaa (n=2754).</p>	<p>Yhä useammalla sairaanhoitajalla Euroopassa on aikomus vaihtaa alaa. Vaihteluja ja eroja on eri maiden välillä, joka johtuu kunkin maan taloudellisesta tilanteesta ja työolosuhteista. Tiimityön laadulla, yhteistyöllä, ammatillisilla kehittämismahdollisuuksilla jne. on merkitys työssä pysymiseen.</p>
<p>Fernandez, R., Tran, D., Johnson, M. & Jones, S. (2010). Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. <i>Journal of Nursing Management</i>, 18, 265–274. (AUSTRALIA).</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää ammatti ryhmien välistä yhteistyötä/ kommunikaatiota kahden eri hoitotyö mallin avulla sisätautien- ja kirurgisella osastolla. SCN- malliin liittyi aihealueita kuten: tiimityö, johtajuus ja ammatillinen kehittyminen. Patient Allocation tarkoittaa kokonaisvaltaista hoitoa/ omahoitajuutta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Pre- ja post survey. Vertaileva tutkimus. Shared Care Nursing- malli. Otos n=83 vs. n=86 (Patient Allocation- malli). Seurantatutkimus: n=74/ n=51.</p>	<p>Lähtökohtana SCN- ryhmällä oli korkeammat kommunikaatiopisteet. Seurantatutkimuksen jälkeen PA-ryhmän kommunikaatio pisteet olivat kuitenkin korkeammat. Tulokset eivät siis osoittaneet merkittäviä eroja ryhmien välillä. Molemmat mallit tukevat moniammatillista sekä ammattiryhmien sisäistä kommunikaatiota.</p>

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Jones, T.S. & Fitzpatrick, J.J. (2009). CRNA- Physician collaboration in anesthesia. <i>American Association of Nurse Anesthetists</i> , 77(6), 431– 436. (USA).	Tarkoitus oli vertailla anestesiaalääkäreiden ja anestesiahoitajien asenteita yhteistyöhön.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Oros koostui anestesiaalääkäreistä (n=62) ja anestesiahoitajista (n=208).	Asenteet yhteistyöhön erosivat ammattiryhmien välillä. Henkilöstö, jotka osallistuivat anestesia hoitotyön tiimityöhön yli 50 % ajasta, olivat vähemmän myönteisiä yhteistyöhön. Yhteistyötä vaikeuttivat ihmissuhdetaidot ja molemminpuolinen kunnioitus. Anestesiahoitajat, joille oli epäselvää, siitä mitä heiltä odotetaan, kokivat rooliristiriitoja ja tyytymättömyyttä.
Havens, D., Vasey, J., Gittell, J. & Lin, W-T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. <i>Journal of Nursing Management</i> , 18, 926–937. (USA).	Tarkoitus arvioida sairaanhoitajien näkemyksiä koordinaatiosta (RC= relational coordination) suhteessa muihin sairaanhoitajiin ja hoitotyön ammattilaisiin.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Sairaanhoitajat (n=747), vastausprosentti 64.	Relational coordination muodostaa koordinaation lisäksi kolme ulottuvuutta: jaetut tavoitteet/ tieto sekä keskinäinen kunnioitus. Tulosten mukaan RC:llä on merkitsevä yhteys hoitotyön laatuun.
Hess, R., DesRoches, C., Donelan, K., Norman, L. & Buerhaus, P. (2011). Perceptions of nurses in magnet hospitals, non- magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 41, (7/8), 315–323. (USA).	Tarkoitus oli tarkastella eri työympäristössä työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä mm. vaikutusmahdollisuuksista.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Sairaanhoitajat (N=1500), vastausprosentti 56.	Sairaanhoitajat, jotka työskentelivät magneetti sairaalassa tai sairaalassa, joka tavoitteli magneetti statusta, arvioivat voivansa vaikuttaa työympäristöön ja hallintoon. Sairaanhoitajat kokivat lisäksi voivansa vaikuttaa enemmän potilashoittoon. Tällä ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitsevyyttä.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Kantanen, A. (2008). Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. (FINLAND).	Tarkoitus oli kuvata erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Lisäksi selvitetään heidän käsityksiä yhteistyön eri osa-alueista ja työtyytyväisyyden ja hoidon laadun yhteyttä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely. Sairaanhoitajia (n=306) ja lääkäreitä (n=62) operatiiviselta, konservatiiviselta ja psykiatriselta tulosalueelta.	Sairaanhoitajat ja lääkärit arvioivat yhteistyön hyväksi. Lääkärit arvioivat yhteistyön paremmaksi usealla osa-alueella. Muita merkittäviä yhteistyö alueita olivat työyksikkö ja tulosalue.
Latimer, M. A., Johnston, C. C., Ritchie, J. A., Clarke, S.P. & Gilin, D. (2009). Factors affecting delivery of evidence- based procedural pain care in hospitalized neonates. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing</i> , 38,182–194. (CANADA).	Tarkoitus oli tutkia eri tekijöiden vaikutusta näyttöön perustuvaan hoitotyön toteutumiseen.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Tutkimus suoritettiin kahdessa sairaalassa kahdella lastenteho-osastolla. (n=93).	Kivunhoito perustui näyttöön perustuvaan hoitotyöhön useammin, kun sairaanhoitajat arvioivat yhteistyön lääkäreiden kanssa korkeaksi. Yhteistyö ennusti parempia hoitotuloksia ja tutkimustiedon käyttöä.
Latham, L. C., Hogan M. & Ringl, K. (2008). Nurses supporting Nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. <i>Nursing Administration Quarterly</i> ., 32 (1), 27–39. (USA).	Tarkoitus kuvata kolmivuotisen mentori- mentoritavan projekti-ohjelman vaikutusta hoitajan työympäristöön ja hoitotyön tuloksiin.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey tutkimus. Mentori- mentoritava tiimiä perustettiin kahteen sairaalaan. (n=171).	Interventio edisti hoitajien työtyytyväisyyttä ja samalla myös hoitajien vaihtuvuus väheni. Potilasturvallisuudessa oli myös havaittavissa parannuksia.
Laura, P. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. <i>Nursing Forum</i> , 45, (2). (USA).	Tarkoitus selvittää eri tieteidenalojen välistä yhteistyötä terveydenhuolto-alalla.	Kirjallisuuskatsaus 1996–2007. Tietokannat: Psycinfo, Cinahl, Medline.	Tieteiden välistä yhteistyötä kuvataan termeillä: yhdessä työskentely, jakaminen ja ongelmakeskeinen prosessi. Onnistunut yhteistyö vaatii koulutusta, tukea, vuorovaikutus taitoja ja roolitietoisuutta.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Manias, E. & Street, A. (2000). Nurse- doctor interactions during critical care ward rounds. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 10, 442–450. (AUSTRALIA).	Tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien osallistumista ja vallan käyttöä osastokierroilla.	Kvalitatiivinen tutkimus. Etnograafinen tutkimus. Sairaanhoitajat teho-osastolla(n=6). Havainnointi, fokusryhmän haastattelu,	Lääkärit käyttivät sairaanhoitajia tiedon täydentämiseen osastokierroilla. Samalla sairaanhoitajat kokevat vaikeaksi osallistumisen päätöksentekoon.
Manojlovich, M. & DeCicco, B. (2007). Healthy work environments, nurse- physician communication, and patient's outcomes. <i>American Journal of Critical Care</i> , 16, 536–543. (USA).	Tarkoitus on kuvata hoitajien näkemyksiä työympäristöstä ja hoitaja- lääkäri välisestä kommunikaatiosta sekä niiden yhteyttä potilaiden hoitotuloksiin.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Tutkimus suoritettiin 25 teho-osastolla. 53 % sairaanhoitajista vastasi. (n=462).	Tulosten mukaan työympäristöllä on merkitys hoitajien ja lääkäreiden väliseen kommunikaatioon. Iällä oli merkitys ammattiryhmien väliseen kommunikointiin ja lisäksi työkokemus edisti lääkevirheiden raportointia.
Martin, J.S., Ummenhofer, W., Manset, T. & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. <i>The European Journal of Medical Sciences, Online Publication</i> , 4.5.2010	Tarkastellaan näyttöön perustuvia hoitotyömalleja suhteessa hoitotyön tuloksiin, joissa sairaanhoitajat ja lääkärit tekivät yhteistyötä.	Kirjallisuuskatsaus. Haut tehtiin PubMed, Cinahl ja Cochrane tietokantoihin. 14 artikkelia valittiin.	Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut artikkelit osoittavat, että yhteistyötä kehittävät interventiot vaikuttavan hoitotyön tuloksiin. Katsauksen mukaan moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat aikapaineet, roolien ja tehtävien ymmärrys, heikko organisaation tuki ja johtajuus, perinteiden ja arvojen eroavaisuus ja eri tavoitteet.
McGrail, K. A., Morse, D. S., Glessner, T. & Gardner, K. (2008). “What is found there”: Qvalitative analysis of physician- nurse collaboration stories. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 24 (2), 198–204.(USA).	Tarkoitus analysoida ja kuvata lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemuksia yhteistyöstä	Kvalitatiivinen tutkimus. Oros (n=67) koostui asiakkaita, sairaanhoitajista, lääkäreistä ja muusta hoitohenkilökunnasta. Narratiivinen tutkimus.	Tutkimuksen mukaan onnistunut yhteistyö voi olla transformatiivinen. Aikaisemmat kokemukset yhteistyöstä voivat vaikuttaa tämän hetkiseen käyttäytymiseen.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Meltzer, L. J., Steinmiller, E, Simms, S., Grossman, M. (2009). Staff engagement during complex pediatric medical care: The role of patient, family, and treatment variables. <i>Patient Education and Councelling</i> , 74, 77– 83. (USA).	Tarkoitus on tutkia lääkäreiden ja sairaanhoitajien sitoutuneisuutta monimutkaisissa lapsipotilaiden tapauksissa.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely. Sairaanhoitajat (n=85) ja lääkärit (n=68) lastensairaalassa.	Sairaanhoitajat sitoutuivat vaikeisiin potilastilanteisiin useammin kuin lääkärit. Samalla sairaanhoitajat konsultoivat kollegoitansa vaikeissa hoitotapauksissa. Lääkärit kääntyivät useammin asiantuntijoiden apuun.
Nelson, G. A., King, M. I. & Brodine, S. (2008). Nurse- physician collaboration on medical-surgical units. <i>Medical Surgical Nursing</i> , 17(1), 35–40. (USA).	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä yhteistyöstä sisätauti- ja kirurgisilla työyksiköillä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. 120 kyselyä lähetettiin sairaanhoitajille ja lääkäreille sisätauti- ja kirurgisille osastoille. Vastausprosentti 84.	Lääkärit olivat myönteisimpiä yhteistyölle kuin sairaanhoitajat. Koulutustasolla ja työkokemuksella oli myös myönteinen vaikutus yhteistyöhön.
Paukkunen, L. (2003). Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet. (FINLAND).	Tarkoitus on arvioida sosiaali- ja terveysalan ammatillisen koulutuksen yhteistoiminta kokeilun vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön.	Triangulaatiotutkimus. Pitkittäis- ja poikittaistutkimus. Koe- kontrolliryhmät. Haastattelu ja kysely. Tutkimusjoukkoon kuului terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, sosiaaliohjaajat ja sosiaalikasvattajat.	Monitieteelliset ja moniammatilliset ryhmäopetus- ja oppimismenetelmät edistivät yhteistyöosaamista.
Reeves, S., Rice, K., Conn Gotlib, L., Miller, K-L., Kenaszchuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 23(6), 633– 645. (CANADA).	Tarkastelee eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä kahdella sisätauti-osastolla.	Kvalitatiivinen tutkimus. Etnograafinen tutkimus. Haastattelu ja havainnointi.	Muodollinen ja epämuodollinen vuorovaikutus lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan välillä oli niukkaa. Vuorovaikutus perustui lääkäreiden määräysten antamiseen, eikä niinkään yhteiseen dialogiin. Muun hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus oli syvällisempää.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Rice, K., Zwarenstein, M., Gotlib Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communication: A comparative qualitative study. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 24(4), 350– 361. (CANADA).	Tarkoitus on raportoida interventio, joka koostui neljästä vaiheesta. Intervention avulla pyrittiin parantamaan yhteistyötä ja kommunikointia eri ammattiryhmien kesken.	Kvalitatiivinen tutkimus. Etnograafinen tutkimus. Haastattelut.	Interventio ei tuottanut ennakoituja tuloksia. Yhteistyön esteet olivat kuitenkin tunnistettavissa. Vastarinta, kiire ja työympäristö vaikuttivat interventioihin.
Robinson,P. F., Gorman, G., Slimmer,L. W. & Yudkowsky,R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. <i>Nursing Forum</i> , 45 (3), 206–216. (USA).	Tarkoitus oli tutkia sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä tehokkaasta ja tehottomasta kommunikaatiosta ammattiryhmien välillä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Haastattelu. Kolme fokusryhmää (n=18), jossa sairaanhoitajia ja lääkäreitä.	Viisi teema identifioitiin aiheesta tehokas kommunikointi: viestittämisen selkeys ja tarkkuus, ongelmaratkaisu yhteistyössä, rauhallinen ja kannustava käytös stressitilanteissa, aito ymmärrys toista ammattiryhmää kohtaan, molemminpuolinen kunnioitus. Kolme teemaa nousi tehottomasta kommunikoinnista: toisten pilkkaaminen, riippuvuus sähköisistä järjestelmistä, kielelliset ja kulttuuriset esteet.
Rowe, M. & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? <i>Journal of Nursing Management</i> , 13, 242– 248. (USA).	Tarkoitus selvittää minkä tyyppistä ja kuinka usein kiusaamista esiintyy sairaanhoitajien välillä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Otos: sairaanhoitajat (n=213) yhdessä opetussairaalassa.	Vastaajat ilmoittivat, että tavallisimmin herjaukseen syyllistyvät sairaanhoitajat (27 %). Sairaanhoitajista 80 % tarkoitti tässä apulaisosastonhoitajia. 5 % kiusatuksi joutuneista olivat ilmoittautuneet sairaaksi seuraavana päivänä.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M-C. & Lancot, S. (2010). Exploring Nurses' Perception of Organizational Factors of Collaborative relationships. <i>The Health Care Manager</i> , 29,(3), 271–278. (CANADA).	Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien tietoisuutta tekijöistä organisaatiossa, jotka vaikuttivat yhteistyön kehitykseen	Kvalitatiivinen tutkimus. Puolistrukturoitu haastattelu. Sairaanhoitajat (n=8). Akuutti sisätauti- kirurginen osasto.	Sairaanhoitajat ilmoittivat ajan ja työjärjestelyt vaikuttavan yhteistyö mahdollisuuksiin. Kun aikaa oli riittävästi ja työjärjestelyt hyvin organisoitu yhteistyö ja vuorovaikutus olivat mahdollista.
Stein-Parbury, J. & Liaschenko, J. (2010). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. <i>American Journal of Critical Care</i> , 16(5), 470–478. (USA).	Tarkoituksena on analysoida tutkimustuloksia tehohoidon hoitokulttuurista ja sen vaikutuksista potilaan hoitoon	Kvalitatiivinen tutkimus. Etnograafinen kenttätutkimus teho-osastolla, jossa 12 paikkaa. Tietoa kerättiin kahdessa vaiheessa; 6 kk kenttätutkimusta ja toinen vaihe käsitti 12:sta sairaanhoitajan haastattelut.	Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö toimi parhaiten asiakastyössä hoitotietojen pohjalta. Sairaanhoitajien kliininen arviointi potilaan tilasta ei kannustanut yhteistyöhön.
Taylor, B. & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 13, 117–125. (AUSTRALIA).	Tarkoitus oli selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyshoitajien työperäisiin ongelmiin, kuten loppuun palamiseen ja työuupumukseen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Semistrukturoitu haastattelu. Tutkimuksen kesto oli 12 kk. Mielenterveyshoitajina työskentelevät hoitajat (n=20).	Tutkimuksen mukaan stressin lähteitä olivat: työllisyyden epävarmuus ja tilapäisyys, ongelmia hallinnon kanssa, vaikeudet työn luonteen kanssa, riittämättömät resurssit, ongelmia lääkäreiden kanssa, aggressiiviset asiakkaat, kuluttajien ja hoitajien aliarvostus, fyysiset ja psyykkiset rajoitukset, ja hoitajien välinen yhteistyö/ työpaikkakiusaaminen

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective practice and action research. <i>International Journal of Nursing Practice</i> . 7, 406– 413. (AUSTRALIA).	Tunnistaa ja muuttaa sairaanhoitajien välisiä toimimattomia suhteita toiminnan ja reflektion avulla.	Kvalitatiivinen tutkimus. Sairaanhoitajat (n=12). Toimintatutkimus, joka koostui neljästä vaiheesta: yhteissuunnittelu, toimeenpano, havainnointi ja reflektio.	Identifioitiin ongelmia sairaanhoitajien välisessä yhteistyössä, kuten mm. työpaikkakiusaaminen. Suunniteltiin toimintaohjeita ko. tilanteille, joista lopulta vaihtelevia tuloksia.
Taylor, C. L. (2009). Attitudes toward physician- nurse collaboration in anesthesia. <i>American Association of Nurse Anesthetists</i> , 77 (5), 343–348. (USA).	Tarkoitus selvittää anestesia- ja anestesiahoitajien asenteita yhteistyöhön.	Kvantitatiivinen tutkimus. Postikysely oli lähetetty anestesia- ja hoitajille. Otos koostui anestesiahoitajista (n=238) ja anestesia- ja hoitajista (n=66).	Hoitajien asenteet yhteistyöhön olivat myönteisemmät. Lääkärien asenteet paranivat työkokemuksen myötä.
Thomson, S. (2007). Nurse-Physician collaboration: A comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. <i>Medical Surgical Nursing</i> , 16(2), 87–91. (USA).	Tarkoitus selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden asenteita yhteistyöhön sisätauti- ja kirurgisessa hoitoympäristössä	Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely. Sairaanhoitajat (n=65), lääkärit (37) ja kaksi tuntematonta.	Tulokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että sairaanhoitajilla oli positiivisempi asenne yhteistyöhön kuin lääkäreillä.
Tourange, A. & Cranley, L. (2005). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. <i>Nursing and Healthcare Management and Policy</i> . (CANADA).	Tarkoitus selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoitajien työssä pysymiseen.	Kvantitatiivinen tutkimus. Survey. Sairaanhoitajat, jotka työskentelivät akuutissa sairaalassa (n=8456), vastausprosentti 65.	Sairaanhoitajien työssä pysymiseen vaikutti mm. ikä, työtyytyväisyys ja työhistoria ko. organisaatiossa. Työssä pysymiseen vaikutti lisäksi kommunikointi, päätösvalta, tunnustus, yhteinen visio ja tavoitteet.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Ushiro, R. (2009). Nurse- physician collaboration scale: development and psychometric testing. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(7), 1497–1508. (JAPAN).	Tarkoitus oli kuvata sairaanhoitaja-lääkäri yhteistyömittarin kehittämistä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Satunnaisesti valitut 27 sairaalaa. Kyselyyn vastasi lääkäreitä (n=446) ja sairaanhoitajia (n=1217).	Sairaanhoitaja-lääkäri yhteistyömittaria voidaan hyödyntää yhteistyön- standardeja kehittäessä ja hoitotyön laadun arvioinnissa. Mittarin reliabiliteetti Crohnbachin alpha 0,8.
Utriainen, K. Kyngäs, H. & Nikkilä, J. (2009). Well- being at work among ageing hospital nurses in northern Finland: a grounded theory study. <i>International Journal of Circumpolar Health</i> , 68 (2), 145–157. (FINLAND).	Tarkoitus kehittää teoria ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnista	Kvalitatiivinen tutkimus. Toteutus grounded theory- metodologian avulla. Yliopistosairaalan sairaanhoitajat (n=21). Aineisto koostui ensimmäisen vaiheen avoimista haastatteluista (n=4), päivä-kirjoista (n=4), toisen vaiheen haastatteluista (n=4) ja avoimista tiedonkeruulomakkeista (n=9).	Tutkimus tulosten mukaan ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvointi perustuu vastavuoroisuuteen, joka palkitsee ja tuottaa iloa. Vastavuoroisuus koskee potilaita sekä toisia hoitajia.
Vazirani, S., Hays, R.D., Shapiro, M.F. & Cowan M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. <i>American Journal of Critical Care</i> , 14, 71– 77. (USA).	Selvittää moniammatillisen intervention vaikutusta sairaanhoitajien ja lääkärin väliseen kommunikointiin ja yhteistyöhön.	Kvantitatiivinen tutkimus. Interventio. Interventioryhmään lisättiin asiantuntija sairaanhoitaja. Tutkimus toteutettiin kahdella osastolla. Otos: Sairaanhoitajat (n=123), lääkärit (n=45) ja asukkaat (n=111).	Interventiolla oli myönteinen vaikutus kommunikaatioon ja yhteistyöhön. Tutkimusryhmässä olleiden lääkäreiden yhteistyötaidot koheni selvästi. Samalla sairaanhoitajien yhteistyötaidot pysyivät samana.

Tekijä, lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä, aineisto/ otos	Päätulos
Virtanen, M., Kurvinen, T., Terho, K., Oksanen, T., Peltonen, R., Vahtera, J., Routamaa, M., Elovainio, M. & Kivimäki, M. (2009). Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients. <i>Medical Care</i> , 47 (3). (FINLAND).	Selvittää työtuntien, työstressin ja osasto henkilökunnan yhteistyön merkitystä suhteessa potilaiden sairaalainfektioihin.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimus tehtiin 6 suomalaisessa sairaalassa. Potilaita (n=1092) ja hoitohenkilökuntaa(n=1159).	Tulosten mukaan pitkien työtuntien, korkean työstressin ja hoitohenkilökunnan heikko yhteistyö vaikuttaa potilaiden saamiin sairaalainfektioihin.
Zangaro, G. & Soeken, K. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. <i>Research in Nursing & Health</i> , 30, 445– 458. (USA).	Tarkoitus selvittää autonomian, työstressin, sairaanhoitaja- ja lääkärin yhteistyön merkitystä työtyytyväisyyden.	Meta-analyysi.	Työstressi korreloi vahviten negatiivisesti työtyytyväisyyden kanssa. Samalla sairaanhoitaja- ja lääkärin välisellä yhteistyöllä oli positiivinen korrelaatio työtyytyväisyyden kanssa.

